Rok XLIX. Kraków, dnia 2. kwietnia 1910. Nr 14.

# PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

## CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

**Z kliniki laryngologicznej Prof. Pieniążka w Krakowie.**

## Guzkowe ostre zapalenie języka.

(Glossitis papulosa acuta).

Podał

**Dr Antoni Pachoński,**

asystent kliniki.

Pierwszy przypadek tej rzadkiej choroby języka opisał P. Michelsohn w r. 1890[1]), a niemal równocześnie spostrzegano takiż sam przypadek na klinice Mikulicza[2]). Przypadek zatem, który miałem sposobność spostrzegać na klinice laryngologicznej Prof. Pieniążka, byłby trzecim z dotychczas ogłoszonych.

Przypadek ten przedstawia się następująco:

Dnia 25. lipca 1909 zgłosiła się na klinikę Wiktorya P., lat 28, żona wieśniaka z Rzozowa. Pięć dni temu w czasie jedzenia obiadu zwróciło jej uwagę palenie w ustach i zawadzanie, ale nieznaczne tak, że dopiero na czwarty dzień nie mogła połykać. Już w pierwszym dniu widziała w lustrze takie zmiany na języku, jakie są obecnie; nie zmieniły się one, ale tylko pomnożyły. Na trzeci dzień popołudniu dostała dreszczów, później wystąpiło uczucie gorąca i silne poty; chora była wówczas już tak osłabiona, że musiała położyć się do łóżka. Następnego dnia nie mogła już nic stałego przełykać, tylko płyny, i to z wysiłkiem, nie tyle z powodu bolów, jak raczej z tego powodu, że językiem nie mogła przesunąć pokarmu ku tyłowi; przytem płyny często wylewały się nosem. Przyjęto chorą na klinikę w piątym dniu choroby.

Chora nigdzie się nie leczyła. Jako dziewczyna i mężatka (od 5 lat) była zawsze zdrowa. Rodziła cztery razy siłami natury, na czasie, dzieci żywe. Pierwszych troje dzieci zmarło w dwa tygodnie do siedmiu miesięcy po porodzie. Przyczyny śmierci pierwszego dziecka nie umie chora podać, drugiemu łuszczyła się skóra na całem ciele i twarzy, jakby po oparzeniu, trzecie zmarło nagle wskutek duszności. Czwarte ma obecnie 6 miesięcy i jest zdrowe. Czy była szczepiona krowianką, nie umie chora podać, a śladów po szczepieniu brak.

Stan obecny: Chora średniego wzrostu, zbudowana i odżywiona dobrze. Tętno 92, oddechów 36, ciepłota 38·2.

Na brodzie znajduje się guzek wielkości grochu, na środku pokryty cienkim, ściśle przylegającym strupkiem, jakby zaschłym płaskim pęcherzykiem. Strupek otoczony jest nieco wynioślejszym od niego, żywo czerwonym rąbkiem. Poza odbarwieniem skóry (vitiligo) w obrębie potylicy i karku, zresztą nigdzie na skórze żadnych zmian niema. Źrenice oddziaływają prawidłowo. Zakończenia nerwów w obrębie twarzy przy ucisku nie są bolesne, czucie wogóle bez zmian. W płucach lekka rozedma przybrzeżna, w obu szczytach wydech przedłużony i zaostrzony bez żadnych rzężeń. Serce, narządy jamy brzusznej bez zmian, w sutkach mleko.

Błona śluzowa warg i dziąseł zmian nie przedstawia. Język dość silnie zaczerwieniony, obrzękły, z wyraźnymi odciskami zębów, zwłaszcza po bokach. Chora może go tylko nieco przed zęby wysunąć. Na grzbietnej jego powierzchni dość liczne guzki, częścią pojedynczo rozmieszczone, częścią zlewające się z sobą (na środku bliżej korzenia języka), na samym korzeniu guzki drobne. Guzki mają wielkość grochu, lub małej fasoli, są okrągłe lub owalne, wyraźnie sklepisto wzniesione nad powierzchnię języka. Powierzchnia guzków zmacerowana, szaro-żółtawa, daje się dość łatwo częściowo zetrzeć. Sam środek guzków przedstawia powierzchowny ubytek, nieregularnie ząbkowany, przeświecający z głębi lekko różowo. Przy dotykaniu stwierdza się, że guzki są twarde, a stwardnienie to o wyraźnych zarysach podstawy wyczuwa się dokładnie tylko w powierzchownej warstwie języka, nie sięga zaś ono zupełnie w głąb. Guzki przy ugniataniu nie są bolesne, ale zaledwie nieco tkliwe. Podniebienie miękkie żywo czerwone, ale nie w całości, lecz zaczerwienienie to ma postać nieregularnej figury. Zaczerwienienie obejmuje również gardło i wejście do krtani; wnętrze krtani zmian nie przedstawia.

Badanie bakteryologiczne guzków, wykonane uprzejmie przez Doc. Drobę, wykazało w preparacie obfite gronkowce obok nielicznych różnorodnych innych drobnoustrojów. Na agarze wyrosła obficie czysta hodowla gronkowca złocistego (staphylococcus pyogenes aureus). Na surowicy Löfflera wyrósł również prawie w czystej hodowli i bardzo obficie gronkowiec złocisty.

Leczenie: płukanie perhydrolem, a później kwasem borowym.

29. VII. Obrzęk języka w znacznej części ustąpił. Odciski zębów wyrównały się. Zaczerwienienie języka, podniebienia i gardła zmniejszyło się. Guzki oczyszczają się od brzegów; zaczyna się to przeważnie od jednego bieguna, a nie od całego obwodu. Przedni guzek, który oczyścił się zupełnie, a raczej miejsce, w którem był ten guzek, przedstawia się obecnie jako żywo czerwony powierzchowny ubytek owalny o brzegach nierównych, ząbkowanych, cienkich, bez żadnego podminowania. Nacieku w tem miejscu nie wyczuwa się już zupełnie. Guzek na lewym brzegu języka przy zębach trzonowych oczyścił się w przedniej połowie i wygląda w tej połowie tak, jak wyżej opisany, a tylna połowa jest jeszcze wyniosła i naciekła, twarda, jak w początkach. Chora już połyka dobrze, a tylko przy jedzeniu doznaje pieczenia w miejscach owrzodziałych. Stan bezgorączkowy.

31. VII. Guzki w przeważnej ilości oczyściły się i teraz miejsca te są przy dotykaniu bolesne. Od brzegów

[1]) Berliner klin. Wochs. 1890, S. 1094.

[2]) Mikulicz und Kümmel, Krankkeiten des Mundes. Wyd. II. nowo opracowane przez Kümmla w r. 1909.

ubytków posuwa się nieregularną linią ku środkowi nabłonek zgrubiały, białawy. Zaczerwienienie z podniebienia i wejścia do krtani ustąpiło.

6. VIII. Guzek na przodzie prawie już pokryty nabłonkiem. Guzki na środku języka nieco wyniosłe, nieczyste, chociaż i tu widoczne jest posuwanie się nabłonka od przodu. Bolesności niema.

17. VIII Na korzeniu języka jest jeszcze mała przestrzeń, nie pokryta nabłonkiem, reszta zagojona zupełnie.

Zbierając pokrótce cechy, charakterystyczne dla tej jednostki chorobowej, widzimy, że u kobiety, przedtem wogóle, a obecnie poza zmianami w jamie ustnej, zupełnie zdrowej, wystąpiły wśród objawów ogólnych, jak dreszcze, podniesienie ciepłoty, ogólne niedomaganie, guzki na błonie śluzowej języka, i to wyłącznie mimo swej mnogości tylko do języka ograniczone; inne części błony śluzowej jamy ustnej i gardła były zupełnie wolne. Guzki były barwy szarawo-żółtej, wysterczały na kilka milimetrów ponad powierzchnię błony śluzowej i okazywały w samym środku nieregularny, różowo z głębi przeświecający ubytek, jakby nadżerkę. Ani samoistnie, ani przy obmacywaniu nie są te guzki bolesne, tylko zaledwie tkliwe. Guzki te występują na tle zaczerwienionego obrzękłego języka. Zmiany chorobowe wybitne, uderzające temi cechami, rozmiarami i siedzibą przerażające chorą, a jednak, jeśli można się tak wyrazić, niewinne, nie sprowadzające żadnych dalszych następstw. Po paru dniach ciepłota, nie wznosząca się zresztą wyżej ponad 38° C i parę dziesiętnych, spada do poziomu prawidłowego i przy obojętnem leczeniu guzki szybko się oczyszczają. Wybitna wyniosłość ustępuje miejsca powierzchownemu, żywo-czerwonemu i bolesnemu ubytkowi, który od brzegów szybko się pokrywa, tak, że po pewnym czasie na miejscu dawnego guzka, widzimy tylko białawo-różową plamkę. Plamka ta obok odmiennego zabarwienia odbija jeszcze od swego bezpośredniego otoczenia gładkością. Nie widać w tem miejscu charakterystycznej nierówności, pochodzącej od brodawek językowych, czyli sprawa chorobowa zakończyła się pozostawieniem delikatnej blizny.

Początek choroby dość nagły, przebieg, przynajmniej w pierwszych dniach, gorączkowy z dreszczami, przemawia za sprawą zakaźną. Czy guzek, który w przebiegu sprawy wystąpił u chorej na brodzie i z którego przy badaniu bakteryologicznem wyrosła również czysta hodowla gronkowca złocistego, należy przyjąć jako przeszczepienie się sprawy chorobowej z języka na skórę, czy też za sprawę samoistną, trudno rozstrzygnąć. Cechami zewnętrznemi odpowiada on niesztowicy (impetigo) na skórze, a to wcale nie wyłącza możliwości wspólnego tła z guzkowem zapaleniem języka, bo przez niesztowicę w znaczeniu ogólnem rozumiemy w dermatologii tylko objaw chorobowy, który jednakże może w poszczególnych przypadkach mieć tło różne. Rozstrzygnięcie byłoby możliwe dopiero po znalezieniu drobnoustroju swoistego dla ostrego guzkowego zapalenia języka; drobnoustroju takiego na razie nie znamy. Ani badanie mikroskopowe skrawków w przypadku Michelsohna, ani hodowla w naszym przypadku nie zdołały go wykazać.

Powyżej skreślony obraz zmian chorobowych, mimo całej wybitności cech, które chorobie tej zapewniają w patologii miejsce odrębnej jednostki chorobowej, z powodu swej rzadkości naprowadza w pierwszej chwili na myśl inne choroby, z jakiemi na błonie śluzowej jamy ustnej częściej się spotykamy, jako to: pryszczykowe zapalenie ust (stomatitis aphthosa), kiłę, a nawet ospę, której niektórzy powstawanie guzkowego zapalenia języka przypisują. Atoli w naszym przypadku trudno dopatrzeć się uzasadnienia tego zapatrywania. Chora wprawdzie, jak się zdaje, nie była szczepiona krowianką, (sama nic nie umie podać o szczepieniu, a znaków po szczepieniu nigdzie wykazać nie można), ale od szeregu lat nie zdarzył się we wsi i okolicy żaden przypadek ospy. Obraz i przebieg zmian są w obu chorobach zupełnie odmienne. Osutka ospowa na błonach śluzowych dochodzi w rozwoju swoim tylko do okresu pęcherzyków. Pęcherzyki nie przechodzą już w krosty, ale pękają, tworząc owrzodzenia, otoczone przekrwionym rąbkiem, czego wszystkiego w danym przypadku nie było. Wreszcie, co już Michelsohn podniósł, nie znamy przypadków ospy błon śluzowych bez równoczesnej osutki na skórze, a przy osutce na błonie śluzowej jamy ustnej nigdy nie ogranicza się ona do samego tylko języka, ale występuje także i na ścianach gardła, na błonie śluzowej policzków i t. d.

Znacznie częstsze i większego uwzględnienia w różniczkowaniu wymagające jest zapalenie pryszczykowe ust (stomatitis aphthosa), a jednak i tu nie trudno jest wykazać znamienne różnice.

Zapalenie pryszczykowe ust (stomatitis aphthosa maculofibrinosa) przedstawia się jako plamki (wskutek osadzenia się włóknika w warstwie nabłonkowej) płaskie, szarożółtawe, nie wystające, albo wystające tylko bardzo nieznacznie nad powierzchnię błony śluzowej, otoczone rąbkiem (halo) zapalnym, samoistnie i przy dotykaniu bardzo bolesne. Przy ostrem guzkowem zapaleniu języka mamy wyraźne guzki (papulae), półkulisto wysklepione, wyniosłe ponad powierzchnię, bez rąbka zapalnego, na tle jednostajnie przekrwionego i obrzękłego języka (odciski zębów), samoistnie niebolesne, przy dotykaniu zaledwie tkliwe. Upośledzenie połykania i utrudnienie w mowie następuje tam z powodu bolów, tu z powodu upośledzenia ruchów obrzękłego języka. Chora nie może połykać, bo trudno jej obrzękłym językiem przenieść pokarmy ku tyłowi. Plamki przy pryszczykowem zapaleniu ust występują wszędzie na błonie śluzowej jamy ustnej, a na języku tylko na jego końcu i brzegach. Wykwity przy guzkowem zapaleniu języka zajmują tylko i wyłącznie język, i to jego grzbiet i korzeń, a nie spotykamy ich na błonie śluzowej warg, policzków i reszty jamy ustnej.

Badanie bakteryologiczne na razie nie pozwala na zróżniczkowanie obu spraw. Gronkowiec złocisty, wyhodowany z wykwitów guzkowego zapalenia języka, prawdopodobnie nie jest swoistym dla tej sprawy chorobowej. Takie same czyste hodowle gronkowca złocistego wyhodowano niejednokrotnie i przy pryszczykowem zapaleniu ust, a jednak klinicznie obie sprawy przedstawiają się całkiem różnie, czyli gronkowiec złocisty, wspólny dla obu spraw, nie może być uważany za swoisty dla którejkolwiek z nich.

Od zmian kiłowych na błonach śluzowych różnią się dostatecznie wykwity przy guzkowem zapaleniu języka swoją postacią, wyglądem, zmieniającem się z dnia na dzień, objawami towarzyszącymi, jak gorączka w początku cho-

roby i obrzęk języka, brakiem jakichkolwiek zmian kiłowych w innych miejscach ustroju, a wreszcie szybkiem wygojeniem się przy leczeniu zupełnie obojętnem.

---

Z kliniki chorób wewnętrznych Prof. Dra K. Wagnera w Kijowie.

## W sprawie wpływu wstrzykiwań podskórnych żelatyny przy schorzeniach nerek.

Podał

**Dr Jan Studziński.**

(Ciąg dalszy).

Grupa II.

**4.** Gruźlica płuc. Zwyrodnienie skrobiewate narządów, w szczególności nerek. A. D. lat 33 przyjęty do kliniki dyagnostycznej 18. XI. 1902. Od dwu mniej więcej lat uskarża się na kaszel, krwioplucia, czasami dość znaczne, i częstą gorączkę. Objawy te ostatnimi czasy wzmogły się, oprócz tego powstała jeszcze duszność, osłabienie i stałe rozwolnienie.

Skóra i widzialne błony śluzowe bardzo blade. Podściółka tłuszczowa skąpa. Nad obydwoma szczytami płuc stłumienie, oddech oskrzelowy, miejscami z odcieniem dzbanowym, z obfitemi dźwięcznemi wilgotnemi, średnio bańkowemi rzężeniami; w innych miejscach oddech szorstki, z rozsianemi furczeniami i wilgotnemi drobno i średnio bańkowemi rzężeniami. Granice stłumienia serca prawidłowe. Tony serca czyste, głuchawe. Brzuch miernie wzdęty, niebolesny. Wątroba wystaje na 3 palce z pod łuku żebrowego, zbita, gładka; śledziona wystaje na $2^1/_2$ palca, zbita, brzeg zaokrąglony. Moczu na dobę 2000 ctm. sz., c. g. 1009, odczyn słabo kwaśny. Barwa według Vogla II, białko $2^0/_{00}$, w osadzie niewielka ilość wałeczków szklistych i woskowatych (1—2 w preparacie), zrzadka nabłonek nerkowy, ciałek białych krwi 3—4 w polu widzenia, ciałek czerwonych niema. Wypróżnienie płynne, 3—5 razy na dobę, niebolesne. W plwocinie mnóstwo laseczników gruźliczych i włókien sprężystych. Podano węglan gwajakolu (0,3) z kodeiną (0,015) 3 razy dnia, oprócz tego azotan bizmutowy (0,3) z makowcem (0,01).

Do 12. XII. bez zmiany, 12. XII. wieczorem — dość znaczne krwioplucie, 13. XII. w plwocinie znaczna domieszka krwi. Moczu na dobę 3200 ctm. sz. c. g. 1006, białka $1^0/_{00}$, w osadzie te same zmiany, co i poprzednio. 14 XII. moczu 2000 ctm. sz. c. g. 1007, białka $2^0/_{00}$, w osadzie zmiany te same. Wstrzyknięto pod skórę brzucha 50 ctm. sz. $3^0/_0$ rozczynu żelatyny. Ku wieczorowi dość znaczne podniesienie się ciepłoty, lecz chory i bez tego cały czas gorączkuje wieczorami. 15. XII. Moczu 3000 ctm. sz., c. g. 1006, białka $1{,}5^0/_{00}$, w osadzie wałeczki szkliste i woskowate (1—2 w preparacie), miejscami spotyka się ziarniste; krwinek białych 2—4 w polu widzenia, czerwonych niema. Miejsce wstrzykiwania nieco obrzmiałe, zaczerwienione, mocno bolesne. 16. XII. Moczu 3000 ctm. sz., c. g. 1007, białka $2^0/_{00}$, osad bez zmiany. Obrzmienia i zaczerwienienia w miejscu wstrzykiwania mniejsze. Plwocina bez domieszki krwi. 17. XII. Moczu 2800 ctm. sz. c. g. 1006, białka $2^0/_{00}$, osad bez zmiany. Obrzmienie i zaczerwienienie na miejscu wstrzykiwania niema. 18. XII. Moczu 3000 ctm. sz., c. g. 1006, białka $1^0/_{00}$, osad bez zmiany. 19. XII. Moczu 2700 ctm. sz., c. g. 1007, białka $1{,}25^0/_{00}$, osad bez zmiany. 20. XII. Moczu 3000 ctm. sz., c. g. 1006, białka $1{,}5^0/_{00}$, w osadzie wałeczki szkliste i woskowate (1—2 w preparacie) bardzo rzadko ziarniste; krwinek białych 2—4 w polu widzenia, czerwonych niema.

W danym przypadku wstrzykiwanie żelatyny nie wywarło żadnego wpływu, ani na ilość i ciężar gatunkowy moczu, ani na ilość białka i składników morfotycznych.

**5.** Miąższowe i śródmiąższowe przewlekłe zapalenie nerek. Przewlekłe zapalenie prawego stawu nadgarstkowego. B. P., lat 23., przyjęty do kliniki dyagnostycznej 23. XI. 1902. W kwietniu silnie się przeziębił po łaźni, w maju powstały obrzęki, początkowo na twarzy; mocz w tym czasie był ciemny, lecz bez widocznej domieszki krwi. Chory kilkakrotnie leczył się w szpitalu, gdzie obrzęki ustępowały, lecz po wyjściu ze szpitala znowu zjawiały się. Wyskoku nadużywał. Kiły miał nie przebywać. Staw nadgarstkowy obrzękły i bolesny prawie od pół roku.

Prawy staw nadgarstkowy nieco zgrubiały, ruchomość ograniczona, przy ruchach daje się słyszeć w nim chrzęst; zgrubienie rozszerza się po części i na kiść ręki. Skóra i widzialne błony śluzowe blade. Niewielki obrzęk całego tułowia i kończyn. Przy opukiwaniu płuc odgłos jawny, granice prawidłowe, brzegi ruchome; przy osłuchiwaniu oddech pęcherzykowy, z rozsianemi wilgotnemi, drobno i średnio bańkowemi rzężeniami. Granice stłumienia serca: prawa na lewej linii mostkowej, górna na 4 żebrze, lewa na linii sutkowej; tony czyste, drugi ton nad tętnicą główną wzmocniony. Tętno 84 w minucie, miernie napięte. Narządy jamy brzusznej zmian nie wykazują. Moczu na dobę 2100 ctm. sz., c. g. 1009, odczyn kwaśny, barwa według Vogla III. przezroczysty, białka $5^0/_{00}$, cukru niema; w osadzie znaczna ilość wałeczków szklistych i niewielka drobno i grubo ziarnistych, z rzadka wałeczki nabłonkowe, dość dużo nabłonka nerkowego; ciałek białych krwi 5—8 w polu widzenia, czerwonych nie znaleziono.

Od 23. XI. do 27. XI. obrzęki stopniowo zmniejszają się, pozostały tylko na twarzy, krzyżach i goleniach, wszakże nieznaczne.

W danym przypadku pierwsze i trzecie wstrzykiwanie nie miało szczególnego wpływu ani na ilość i ciężar właściwy moczu, ani na ilość białka i składników morfotycznych; po drugiem wstrzyknięciu żelatyny daje się zauważyć pewne zwiększenie się ilości białka, niewielkiego wszakże stopnia. Jakby zmniejszenie się ilości białka po trzeciem wstrzyknięciu żelatyny w porównaniu z pierwszemi dwoma daje się wytłómaczyć przez to, że 3-cie wstrzykiwanie zrobiono prawie w 3 miesiące po pierwszych dwóch, kiedy stan chorego już znacznie poprawił się w klinice.

**6.** Przewlekłe miąższowe zapalenie nerek. Szcz. P., lat 50, przyjęty do kliniki dyagnostycznej 7. I. 1903 r. Przed rokiem po zaziębieniu się powstały u chorego obrzęki na twarzy i kończynach: lekarze rozpoznali zapalenie nerek. Przy odpowiedniem leczeniu chory po 2 miesiącach uważał się za zdrowego, lecz już w grudniu roku zeszłego znowu zjawiły się obrzęki, ilość moczu zmniejszyła się, zjawiło się ogólne osłabienie, zmęczenie, brak łaknienia. Wyskoku nie nadużywał. Kiły miał nie przebywać.

Skóra i widzialne błony śluzowe blade; podściółka tłuszczowa mierna, niewielka nabrzmiałość twarzy i niewielkie obrzęki goleni i stóp. Płuca zboczeń nie przedstawiają. Słumienie serca w granicach prawidłowych; tony czyste, wzmocnienia tonów niema. Narządy jamy brzusznej bez zmiany. Moczu na dobę 1000 ctm. sz., c. g. 1.018, odczyn kwaśny, barwa według Vogla III., białka $8^0/_{00}$, cukru niema; w osadzie znaczna ilość wałeczków szklistych i ziarnistych, a także nabłonka nerkowego, ciałek białych krwi 2—4 w polu widzenia, czerwonych nie znaleziono.

Zalecono wanny, dyetę mleczną i przebywanie w łóżku. Od 7. I. do 25. I. obrzęki przeszły, stan podmiotowy zadowalniający. 26. I. 850 ctm. sz, c. g. 1.019, białka $8^0/_{00}$, w osadzie wałeczków i nabłonka nerkowego mniej, niż przy wstąpieniu. 27. I. moczu 1000 ctm. sz, c. g. 1.018, białka $7{,}5^0/_{00}$, osad bez zmiany. 28. I. moczu 800 ctm., c. g. 1.020, białka $9^0/_{00}$, osad bez zmiany. 29. I. moczu 700 ctm. sz.,

TABLICA II.

| Data | Ilość wstrzykniętej żelatyny | Badanie moczu | | | | Uwagi |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Dobowa ilość moczu ctm. sz. | Ciężar gatunkowy | Ilość białka ‰ | Elementy morfotyczne | |
| 28/XI | | 1600 | 1.010 | 7·5 | | |
| 29/XI | | 2000 | 1.009 | 8 | | |
| 30/XI | | 1500 | 1.010 | 10 | | |
| 1/XII | | 1800 | 1.010 | 9·5 | | |
| 2/XII | 50 ctm. sz 3% | 1400 | 1.011 | 10 | Dużo wałeczków szklistych i drobnoziarnistych, rzadko nabłonkowe; nabłonek nerkowy w niewielkiej ilości; ciałek białych krwi 5—6 w polu widzenia, czerwonych nie znaleziono. | Przez 5 godzin po wstrzyknięciu żelatyny dreszcze, ból głowy; ciepłota 39·2°. |
| 3/XII | | 2000 | 1.009 | 7 | » » | W okolicy wstrzyknięcia znaczne zaczerwienienie, obrzmienie i bolesność. |
| 4/XII | | 1500 | 1.010 | 6·5 | » » | Obrzmienie i zaczerwienienie mniejsze. |
| 5/XII | | 1600 | 1.010 | 7 | » » | » » |
| 6/XII | | 1300 | 1.011 | 10 | » » | Zaczerwienienia i obrzmienia na miejscu wstrzyknięcia niema. |
| 7/XII | | 1300 | 1.012 | 9 | » » | |
| 8/XII—12/XII | | | | | | Stan podmiotowy zadowalniający, obrzęków niema. |
| 13/XII | 50 ctm. sz. 3% | 2200 | 1.010 | 8 | Wałeczki szkliste i drobnoziarniste 1—3 nie w każdem polu widzenia, nabłonkowe rzadko, nabłonek nerkowy w skąpej ilości; ciałek białych krwi 3—8 w polu widzenia, czerwonych nie znaleziono. | Przez 6 godzin po wstrzyknięciu ciepłota 38·3°. |
| 15/XII | | 1600 | 1.012 | 7·5 | » » | Objawy miejscowe, jak poprzednio. |
| 16/XII | | 1700 | 1.012 | 9·5 | » » | |
| 17/XII | | 1900 | 1.011 | 11 | » » | |
| 18/XII | | 1700 | 1.012 | 10 | » » | |
| 19/XII | | 2200 | 1.009 | 8 | » » | |
| 20/XII 1902 — 10/III 1903 | | | | | | Stan podmiotowy dobry, obrzęków niema. |
| 11/III | 50 ctm. sz. 3% | 1900 | 1.010 | 4 | Wałeczki szkliste i drobnoziarniste 1—2 nie w każdem polu widzenia, nabłonkowych nie spostrzega się; nabłonka nerkowego mało; ciałek białych krwi 1—4 w polu widzenia, czerwonych nie znaleziono. | Przez 6 godzin po wstrzyknięciu ciepłota 38·3°. |
| 12/III | | 1700 | 1.010 | 3·5 | » » | Objawy miejscowe, jak poprzednio. |
| 13/III | | 1600 | 1.010 | 4 | » » | |
| 14/III | | 1600 | 1.011 | 4 | » » | |

c. g. 1.020, białka 8‰, osad bez zmiany. 30. I. moczu 900 ctm. sz., c. g. 1.019, białka 8‰, osad bez zmiany. 31. I. moczu 800 ctm. sz., c. g. 1.020, białka 8‰, w osadzie wałeczki szkliste, drobno i gruboziarniste (2—4 w polu widzenia), przybłonka nerkowego mało; ciałek białych krwi 2—4 w polu widzenia, czerwonych nie znaleziono. Za zgodą chorego wstrzyknięto pod skórę brzucha 50 ctm. sz. 3% rozczynu żelatyny. Po 4 godzinach podniesienie się ciepłoty ciała do 37·9°. 1. II. moczu 1000 ctm. sz., c. g. 1.018, białka 7‰, w osadzie bez zmiany. W okolicy wstrzyknięcia zaczerwienienie, obrzmienie i bolesność. 2. II. moczu 900 ctm. sz., c. g. 1.018, białka 8‰, w osadzie bez zmiany. 3. II. moczu 1.300 ctm. sz., c. g. 1.016, białka 6‰, w osadzie wałeczków nieco mniej. Zaczerwienienia i obrzmienia w okolicy wstrzyknięcia niema 4. II. moczu 1.100 ctm. sz., c. g. 1.017, białka 6,5%. 5. II, moczu 1000 ctm. sz., c. g. 1.019, białka 7‰, w osadzie wałeczki szkliste, drobno i gruboziarniste (0—2 w polu widzenia) nabłonka nerkowego mało, ciałek białych krwi 2—4 w polu widzenia, czerwonych nie znaleziono. Chory opuścił klinikę.

W danym przypadku poprawa stanu chorego szła stopniowo naprzód i wstrzykiwanie żelatyny nie zwiększyło odsetka białka i składników morfotycznych w osadzie. Na ilość i ciężar właściwy moczu wstrzykiwanie wpływu nie wywarło. Odczyn ogólny i miejscowy po wstrzykiwaniu zaznaczony niewybitnie.

7. Stwardnienie naczyń. Zapalenie przewlekłe mięśnia sercowego. Rozedma płuc. Nerki zastoinowe.

P. J., lat 71, przyjęty do kliniki dyagnostycznej 17. I. 1903 roku. Od pół roku chory zaczął uskarżać się na duszność, z początku tylko po szybszem chodzeniu, a potem coraz częściej. Ostatnimi czasy dołączyło się bicie serca i obrzęk nóg. Kaszle oddawna. Całe życie był zdrów. Wyskoku nie nadużywał.

Ostatnie członki palców rąk pałeczkowato zgrubiałe. Skóra i widzialne błony śluzowe blade z odcieniem sinicznym. Podściółka tłuszczowa mierna. Obrzęk stóp i goleni. Granice płuc obniżone o jedno żebro. Odgłos przy opukiwaniu klatki piersiowej jawny. Oddech pęcherzykowy z niewielką ilością rozsianych suchych i wilgotnych drobno i średnio bańkowych rzężeń. Granice stłumienia serca: górna u górnego brzegu 5. żebra, prawa na lewej linii mostkowej, lewa na 2 palce na wewnątrz od linii sutkowej. Tony czyste, głuchawe, drugi ton nad tętnicą główną wzmocniony. Tętno 84 w minucie, twarde, przepuszczalne

Stwardnienie tętnic obwodowych III. stopnia. Wątroba i śledziona wystają na 3 palce z pod łuku żebrowego, zbite. Moczu na dobę 1000 ctm. sz., c. g. 1.020, odczyn kwaśny, barwa według Vogla III., cukru niema, ślady białka; w osadzie nic chorobowego. Od 18. I. do 25. I. obrzęki ustępują dość szybko. Duszność mniejsza; tętno prawidłowsze. 26. I. moczu 1000 ctm. sz., c. g. 1.018, białka 0,03‰. 28. I. moczu 1.700 ctm. sz., c. g. 1.018, białka 0,03‰. 29. I. moczu 2.100 ctm. sz., c. g. 1.015, białka 0,03‰, w osadzie spotyka się wałeczki szkliste, 1—2, nie w każdym preparacie, ciałek białych krwi 2—8 w polu widzenia, czerwonych nie znaleziono. Obrzęki tylko koło kostek. Stan podmiotowy zadowalniający. Za zgodą chorego wstrzyknięto 50 ctm. sz. 3% rozczynu żelatyny. Po 6. godzinach podniesienie się ciepłoty ciała do 38·0 2; niewielki ból głowy. 30. I. moczu 2000 ctm. sz., c. g. 1.015, białka 0,05‰, osad bez zmiany; na miejscu wstrzyknięcia żelatyny zaczerwienienie, obrzmienie i bolesność. 31. I. moczu 1600 ctm. sz., c. g. 1.017, białka 0,04‰, w osadzie nic chorobowego. 1. II. 1800 ctm. sz., c. g. 1.016, białka 0,05‰. 2. II. moczu 2100 ctm. sz., c. g. 1.015, białka 0,03‰, w osadzie nic chorobowego.

W danym przypadku nie daje się zauważyć wpływu wstrzyknięcia żelatyny ani na ilość i ciężar właściwy moczu, ani na ilość białka i składników morfotycznych.

8. Przewlekłe zapalenie miąższowe i śródmiąższowe nerek. Przewlekły nieżyt jelit grubych.

T. A. lat 22, przyjęty do kliniki szpitalnej 18. II. 1906 r. Po raz pierwszy przed 3 laty po zaziębieniu obrzękły mu nogi i brzuch. Wskutek leczenia wszystko wkrótce ustąpiło, lecz ku końcowi roku zeszłego obrzęki powstały znowu. Chory uskarża się na ból głowy, osłabienie, bicie serca i duszność, jednakże podaje, że zawsze po szybszem chodzeniu doznaje silnego bicia serca. Wyskoku nie nadużywał. Kiły miał nie przebywać. W ostatnim roku cierpi prócz tego na biegunkę (stolce 2—4 razy dziennie). Skóra i widzialne błony śluzowe blade z niewielkim odcieniem siniczym. Podściółka tłuszczowa mierna; znaczne obrzęki na kończynach dolnych i dolnej połowie tułowia, niewielkie na twarzy. Płuca bez zmiany. Granice stłumienia serca: górna na 4. żebrze, prawa na palec w prawo od prawej linii mostkowej, lewa na palec na wewnątrz od linii sutkowej. Tony czyste, głuche. Tętno 76 w minucie, miękkie, słabo napełnione. Brzuch wzdęty, niebolesny; w jamie brzusznej daje się zauważyć płyn wolny, którego górna granica sięga do pępka. Wątroba wystaje na 2 palce z pod łuku żebrowego, miękka; śledziona macalna u łuku żebrowego — miękka. Moczu na dobę 700 ctm sz., c. g. 1.014, odczyn kwaśny, zabarwienie według Vogla II. białka 4‰, cukru niema. W osadzie niewielka ilość wałeczków szklistych (3—4 w preparacie), zrzadka nabłonek nerkowy, ciałek białych krwi 2—3 w polu widzenia, czerwonych nie znaleziono. Wypróżnienia płynne, zawierają dobrze przetrawione włókna mięsne, tkankę roślinną i niewielką ilość śluzu. Jaj czerwi nie znaleziono. Zalecono wanny 30°—32° R po 10—15 minut; wewnątrz napar gorzykwiatu (5·0: 150·0) z kofeiną (0·3) i mleko. Od 19. II. do 1. III. obrzęki stopniowo zmniejszają się, głowa chorego nie boli, apetyt dobry. Od 2. III. do 11. III. obrzęki jeszcze mniejsze; przesięku w jamie brzusznej niema. Prawa granica stłumienia serca cofnęła się do linii środkowej; szmerów niema. Mleko pije chory z obrzydzeniem, wskutek czego zaczęto podawać rosół z kury. Rozwolnienie, jak przedtem. 12. III. moczu 700 ctm. sz., c. g. 1.016, białka 7‰, w osadzie bez zmiany. 13. III. moczu 800 ctm. sz., c. g. 1.016, białka 7‰. 14. III. moczu 1000 ctm. sz., c. g. 1.016, białka 8‰, osad bez zmiany. 16. III. moczu 700 ctm. sz., c. g. 1.016, białka 10‰, osad bez zmiany.

17. III. moczu 1000 ctm. sz., c. g. 1.015. białka 11‰, w osadzie wałeczki szkliste (1—2 w preparacie), rzadko nabłonek nerkowy, ciałek białych 2—3 w polu widzenia, czerwonych nie znaleziono. Za zgodą chorego wstrzyknięto 50 ctm. sz. 4% rozczynu żelatyny. Po 6 godzinach podniesienie się ciepłoty ciała do 39,°8, dreszcze, pałanie, silny ból głowy. 18. III. moczu 800 ctm. sz., c. g. 1.016, białka 13‰, w osadzie 3—4 wałeczki szkliste w preparacie, rzadko nabłonek nerkowy. Na miejscu wstrzyknięcia, rozlane obrzmienie, zaczerwienienie i bolesność. Podmiotowo chory bardzo przygnębiony. 19. III. moczu 800 ctm. sz., c. g. 1.016, białka 16‰, w osadzie wałeczki szkliste (5—6 w preparacie) i drobnoziarniste (3—4 w preparacie), rzadko nabłonek nerkowy. Ciałek białych krwi 2—3 w polu widzenia, czerwonych nie znaleziono. Zaczerwienienie i obrzmienie na miejscu wstrzyknięcia, jak wczoraj; stan podmiotowy zły. 20. III. moczu 1000 ctm. sz., c g. 1.015 białka 8‰, osad bez zmiany. Zaczerwienienie i obrzmienie w granicy wstrzykiwania mniejsze. 21. III. moczu 1000 ctm. sz., c. g. 1.014, białka 6‰, w osadzie wałeczki szkliste (4—5 w preparacie) i drobnoziarniste (1—2 w preparacie), rzadko nabłonek nerkowy. Nieznaczne jeszcze obrzmienie na miejscu wstrzyknięcia, bolesność wszakże dość znaczna. 22. III. moczu 1.100 ctm. sz., c. g. 1.015, białka 7‰, osad bez zmiany. 23. III. moczu 1.200 ctm. sz., c. g. 1.015, białka 11‰, w osadzie wałeczki szkliste (3—4 w preparacie) i drobnoziarniste (0—2 w preparacie), rzadko nabłonek nerkowy, ciałek białych krwi 2—3 w polu widzenia, czerwonych nie znaleziono.

W danym przypadku wstrzykiwanie żelatyny nie wywarło żadnego wpływu na ilość i ciężar właściwy moczu. Odsetkowa zawartość białka pozostała prawie w tych granicach, w jakich była przed wstrzyknięciem, natomiast po wstrzyknięciu zjawiły się w osadzie wałeczki drobnoziarniste, których przedtem nie było, ilość zaś szklistych nieco zwiększyła się. W danym przypadku należy jeszcze zwrócić uwagę na bardzo znaczny odczyn ustroju ogólny i miejscowy na podskórne wstrzyknięcie żelatyny.

(C. d. n.).

---

**Z oddziału chirurgicznego szpitala św. Aleksandra w Łodzi.**

## W sprawie urazów jamy brzusznej.

Podał

**Dr Henryk Goldberg,**

ordynator szpitala.

Ciężkie urazy jamy brzusznej pod wpływem zgniecenia nie należą do rzadkości. Bezpośrednią przyczyną takiego urazu bywa zgniecenie buforami wagonów, przysypanie ziemią i t. d. Zewnętrznych oznak albo nie znajdujemy zupełnie, lub też są one nader słabo wyrażone; natomiast wyraźne objawy ciężkiego wstrząsu wskazują odrazu na groźne niebezpieczeństwo. Wstrząs ten bywa wywołany bądź to ogólnym urazem układu nerwowego, bądź działaniem na poszczególne jego części, np. wstrząśnieniem mózgu lub urazem splotu słonecznego (plexus solaris), nakoniec obfitem krwawieniem wewnętrznem, wywołanem przez rozdarcie narządów jamy brzusznej. Z narządów tych najczęściej zmiażdżeniu ulegają narządy miąższowe, więc wątroba, śledziona i nerki, znacznie rzadziej przewód pokarmowy, bardzo ruchomy, elastyczny i przykryty siecią. Wielkie znaczenie ma przytem czczość lub wypełnienie żołądka i jelit treścią płynną lub gazami. Narządy, zawarte w klatce piersiowej i miednicy, ulegają sile miażdżącej zwykle dopiero wtedy, gdy kościec ulega złamaniu.

Przypadek, o którym wspomnieć zamierzam, cechuje się rzadkim mechanizmem uszkodzeń jamy brzusznej.

W sierpniu 1909 r. przyniesiono do szpitala św. Aleksandra mularza, który został przysypany ziemią przy kopaniu fundamentów. Stwierdzono objawy silnego wstrząsu:

bladość powłok, źrenice zwężone, chory przytomny, lecz podniecony, tętno drobne, silne bóle w jamie brzusznej bez wyraźnego umiejscowienia. W dwie godziny po urazie wystąpiło odbijanie; jednorazowe wymioty. Na powłokach — prócz nieznacznych zdarć naskórka ściany brzusznej — uszkodzeń nie widać. Kości czaszki, kończyn, klatki piersiowej i miednicy nienaruszone. Krwioplucia, ani odmy podskórnej niema. Bębnicy brzucha nie znać; obmacywanie brzucha bolesne, wywołuje natychmiast skurcz mięśni brzusznych. Z ujścia cewki moczowej wypływa kroplami krew; przez cewnik, założony do pęcherza, wydobyła się nieznaczna ilość moczu krwawego. Wobec braku objawów złamania miednicy i wyników zgłębnikowania wyłączono pęknięcie cewki i rozpoznano uszkodzenie pęcherza moczowego.

Operacya w uśpieniu. Cięcie podłużne nad spojeniem łonowem, koło 10 ctm. Po obnażeniu luźnej tkanki łącznej przedpęcherzowej pokazało się, iż była ona nacieklá krwią. Pęcherz moczowy skurczony, schowany poza spojeniem łonowem; ściana jego tylna i dno również zgrubiałe i krwią naciekłe; nigdzie niema śladów rozdarcia błony surowiczej. Widocznie zatem pod wpływem urazu nastąpiło pęknięcie błony śluzowej i mięśnej. Dodać należy, iż o stanie napełnienia pęcherza przed wypadkiem danych nie było.

Oględziny dostępnych pętli jelit i sąsiedniej otrzewnej nie wykazały treści pokarmowej, wobec czego miano już przystąpić do zaszycia jamy brzusznej, gdy niespodziewanie ukazał się kawałek niestrawionej bułki. Natychmiast cięcie skórne zostało przedłużone, a przy oględzinach powtórnych pętli jelit znaleziono dwa rozdarcia leżące obok siebie koło 2—3 ctm. każde, w części jelita sąsiadującej z krezką. Dodać należy, iż pętle jelit zawierały bardzo niewiele treści pokarmowej. Prawdopodobnie zatem rozdarcie jelit nastąpiło wskutek przyciśnięcia pustych pętli do kręgosłupa.

Operowany zmarł po upływie kilku godzin. Sekcyi nie było.

Prócz powyższego widziałem trzy przypadki przywalenia ziemią lub gruzem, wszystkie zakończone śmiertelnie.

W r. 1903, na wiosnę, przy budowie drogi Krugobajkalskiej, obsunęła się warstwa ziemi, ściętej pod kątem koło 45°, i przywaliła siedzącego u podnóża robotnika, zasypując go całkowicie. Po odkopaniu pokazało się, że poszkodowany miał zerwane całe sklepienie czaszki, tak iż pozostała tylko podstawa twarzy.

Drugi przypadek widziałem w grudniu 1909 r. Przy nowobudującej się fabryce zawalił się dach żelazno-betonowy, zupełnie już wykończony, poddany próbom wytrzymałości 3 tygodnie temu. 12 robotników uszło cało, dwóch jednak gruz i odłamy betonu przysypały do tego stopnia, iż trzeba ich było odkopywać łopatami i drągami żelaznymi. Obydwóch odkopano bez najmniejszych oznak życia, jednego w godzinę, drugiego w $1^1/_2$ po wypadku. Żadnych uszkodzeń zewnętrznych nie zauważyłem; kościec nienaruszony. Sekcyi nie było, o urazie przeto narządów wewnętrznych mówić nie mogę. Źrenice miernie rozszerzone, twarz sinawa, nieznaczna ilość śluzu koło otworu nosa i ust, obrzęków twarzy lub szyi, ani wynaczynień na spojówce oka nie widziałem. Przypuszczam, że w danym przypadku śmierć nastąpiła po części wskutek wstrząsu, po części zaś uduszenia.

Tych kilka przypadków wskazuje, jak różne mogą być przyczyny śmierci przy przywaleniu.

Nadesłane przez Komitet łódzki 30. XII. 1909

## Oceny i sprawozdania.

**Jahreskurse für die ärztliche Fortbildung in zwölf Monatsheften.** Redaktor Dr. J. Sarason. Monachium. Lehmann.

Mamy przed sobą drugi zeszyt wydawnictwa (obacz: »Przegląd lekarski« 1910 nr. 4), obejmujący w części pierwszej wykłady Ortnera z dziedziny chorób narządu krążenia, a mianowicie 1) czynnościową dyagnostykę serca, 2) o stwardnieniu tętnic, 3) o związku gruczołu tarczowego ze stanem serca, a w drugiej części profesor Brauer z Marburga omawia 4) chirurgiczne leczenie chorób płuc.

W praktyce lekarskiej często ciężkie anatomiczne zmiany w sercu uchodzą badającemu, a dopiero nagły zgon wyjaśnia sprawę. Z drugiej strony lekarz często staje wobec pytania, czy dany objaw sercowy jest tylko czynnościowym i polega tylko na tle nerwowem, czy zachodzą organiczne zaburzenia, czy przy zakaźnej chorobie stan serca jest naruszony, czy można poddać chorego większemu zabiegowi chirugicznemu i uśpieniu. Dlatego badanie sprawności serca zaprząta w ostatnich czasach żywo umysły. Na pracę serca składa się ilość wpędzanej do naczyń krwi, oraz suma napotkanych oporów. Mierzenie zachowania się serca wobec oporów daje nam obraz jego sprawności. Zadanie to spełnia sfigmografia, sfigmomanometrya, sfigmotachografia (mierzenie szybkości prądu krwi) pletysmografia, sfigmobolometrya Sahliego (mierzenie żywej siły fali tętna), oznaczanie ortodiagraficzne granic serca oraz analiza objętości gazów we krwi. W praktyce jednak dostępne jest głównie badanie parcia krwi i częstości tętna. Do badania parcia krwi służy najbardziej dziś rozpowszechniony tonometr Gärtnera, oraz przyrząd Riva-Rocciego, poprawiony przez Recklingshausena. Parcie manometryczne, konieczne do zniesienia tętna w tętnicy, ściśniętej przez manszet, nazywa się maksymalnem czyli skurczowem. Różnica wysokości między skurczowem a rozkurczowem parciem krwi zwie się amplitudą, czyli parciem tętna, a średnia arytmetyczna obu tych cyfr zwie się średnią parcia.

Przy powstawaniu parcia krwi odgrywają prócz centralnej pędzącej siły serca rolę także inne czynniki, jak stan elastyczności naczyń, przepełnienie krwi kwasem węglowym (przy duszności i zastojach), obfite spożycie pokarmów, przyjmowanie znacznej ilości płynów, położenie ciała, stan przepony oraz podniecenie psychiczne. Nowsza metoda Katzensteina, aczkolwiek spotkała się również z zarzutami (Janowski, Hooke i Mende) ma tę zaletę, że jest prosta i w praktyce da się łatwo wykonać nawet u ciężko chorych. Mierzy się przy tem bezpośrednio opór w naczyniach przy uciskaniu palcami obu tętnic udowych przez $2-2^1/_2$ minut, oznaczając liczbę tętna oraz parcie tętnicze (tonometrem Gärtnera) podczas uciskania tętnicy i bezpośrednio potem. W stanie prawidłowym parcie podnosi się o 5—15 mm. rtęci, a liczba tętna zostaje takasama lub zmniejsza się. Przy przeroście serca, ale w stanie sprawności, następuje podnoszenie się parcia o 15—40 mm. rtęci, a liczba tętna zostaje również niezmienioną lub zmniejsza się. Przy lekkiej niedomodze serca parcie zostaje niezmienione. a tętno niezmienione lub przyspieszone, przy ciężkiej niedomodze parcie obniża się, a tętno przyspiesza. — Koranyi podał inny sposób badania niedomogi serca. Opierając się na zjawisku, że przy niedomodze zmniejsza się ilość moczu i odsetkowa zawartość Na Cl, a zgęszczenie podnosi punkt zamarzania moczu, wskazał, że $\frac{\triangle \text{ (punkt zamarzania)}}{\text{\% Na Cl}}$ jest wskaźnikiem dla stanu serca.

Ortner podaje w końcu prosty sposób dla upewnienia się, czy zaburzenia w rytmie serca (arythmia, bradycardia) są tylko czynnościowemi i odruchowemi, czy organicznemi. Jeżeli wstrzykniemy choremu podskórnie 0·0007 — 0·001 atropiny, a zaburzenia znikną, to polegają one tylko na nerwowem podrażnieniu nerwu błędnego.

2) Stwardnienie tętnic należy do najczęstszych chorób człowieka i według wiadomości współczesnych nie jest ono wyłącznie chorobą wieku starszego, lecz zdarza się także w średnim wieku i u dzieci. Pod stwardnieniem tętnic należy rozumieć anatomicznie (według Marchanda) zgrubienie ścian tętniczych, a zwłaszcza błony wewnętrznej,

połączone ze zwyrodnieniem tłuszczowem i ze zwapnieniem oraz stwardnieniem błony wewnętrznej i środkowej, jakoteż towarzyszące sprawy zapalne i produktywne. Klinicznie przejawia się to sztywnością, twardością i pokręceniem naczyń, oraz następczem upośledzeniem czynności. Przyczyny jednolitej niema. Wahania w parciu krwi grają ważną rolę w powstawaniu stwardnienia tętnic. Dalej mają znaczenie pewne zatrucia, jak adrenaliną, nikotyną, alkoholem i herbatą. Z kolei wchodzą w grę dziedziczność, ciężka praca, choroby przysadki mózgowej i pewne zaburzenia przemiany materyi (dna, cukrzyca). Neurastenia z powodu wahań w napięciu naczyń może być przyczyną, lecz może być też skutkiem stwardnienia tętnic. W pewnym związku pozostaje czynność gruczołów płciowych, urazy, dyeta mięsna, choroby zakaźne ostre i kiła. Stwardnienie tętnic, rozwinąwszy się raz, nie jest uleczalne, lecz może przez usunięcie przyczyny być powstrzymane w rozwoju. Stwardnienie nie obejmuje zazwyczaj w równym stopniu wielkich obszarów naczynionych i stąd pochodzi, że u 90% osobników, niem dotkniętych, nie można (o ile nie ma powikłań, zwłaszcza ze strony nerek) stwierdzić wzmożonego parcia. — Głównym objawem są zaburzenia ogólne naczynioruchowe; stąd pochodzi ta zmienność obrazu. Najczęściej są wszelako dotknięte: serce, mózg i nerki. Dość częste bywa nierównomierne stwardnienie tętnic w jamie brzusznej.

3) Wpływ gruczołu tarczowego na serce zależy od jego położenia anatomicznego oraz od jego czynności. Nadto gruczoł tarczowy, jako bardzo silnie ukrwiony przez tętnice, oraz leżący w łożysku żyły głównej górnej, oddziaływać musi wybitną zmianą czynności na zaburzenia centralnego narządu krążenia.

Mechaniczny ucisk wola na tchawicę wywołuje rozszerzenie prawego serca przy równoczesnym braku zapadania się żył szyjnych. Jest to tak zwane »pneumiczne« czyli »mechaniczne serce wole«, znane też jako »serce wole Rosego«. Towarzyszą mu zazwyczaj objawy ścieśnienia tchawicy, jak zaciąganie do środka, świst, duże wole, oraz właściwe objawy przy badaniu endolaryngealnem i przy radioskopii. »Serce wole tyreotoksyczne Krausa« przedstawia zazwyczaj przerost lewej połowy, a ma źródło we wzmożonej czynności gruczołu tarczowego. Na takiej wzmożonej czynności gruczołu tarczowego polega: a) »Struma basedowiana«, tj. wole przy chorobie Basedowa, b) »Struma basedoficata«, tj. zwyczajne wole, które następowo sprowadziło objawy choroby Basedowa, c) serce wole tyreotoksyczne, d) »Thyreoidismus arteficialis« przez wewnętrzne podawanie gruczołu tarczowego. Według Hoffmanna na powstanie pełnego obrazu choroby Basedowa złożyć się muszą dwa czynniki, tj. wygórowana czynność gruczołu tarczowego, oraz obniżenie czynności nadnercza.

4) Prof. Brauer w pierwszej części swej pracy omawia naukowe podstawy chirurgii płuc. Głównie przy pomocy promieni Röntgena można ustalić siedzibę i wielkość ogniska chorobowego. W ostatnich czasach różne zabiegi pozwalają nam opanować niebezpieczeństwa, zachodzące przy operacyach płucnych. Do niebezpieczeństw tych należy aspiracya plwociny, krwotoki w płucach, wpływ operacyi na stosunki w krążeniu, zakażenie opłucnej, odruchy opłucnej, oraz zatory powietrzne. Bardzo ważny postęp w tej dziedzinie stanowi podane przez Sauerbrucha postępowanie dla uniknienia różnicy w parciu, która się wytwarza, jeżeli powierzchnia opłucnej nagle zostanie poddana parciu atmosferycznemu. (T. zw. Druckdifferenzverfahren). Unika się wpływu szkodliwego albo wytwarzając rozrzedzenie ponad klatką piersiową (t. zw. Unterdruck), lub też wywołując w drogach oddechowych parcie zwiększone (t. zw. Überdruck). Zapadnięcie się płuc, otrzymane przez zabieg chirurgiczny, oraz nieruchomość zapadłego płuca wyzyskano celowo do stworzenia korzystnych warunków dla leczenia. Nadto Freund podał zabiegi, zmierzające do zmiany typu oddychania i wpływające na czynność mechanizmu oddychania, korzystne przy rozedmie płuc oraz w początkowej gruźlicy. Bronchoskopia, wprowadzona przez Kiliana, umożliwiła rozpoznawanie i leczenie ciał obcych i zwężeń w grubszych oskrzelach. Dzięki nowym zabiegom chirurgicznym dostępne są leczeniu ostre ropne i zgorzelinowe ogniska w płucach, o ile ich siedziba jest dokładnie oznaczona.

Do leczenia spraw przewlekłych w płucach (ropne lub zgorzelinowe zapalenia oskrzeli, ropnie lub ogniska zgorzelinowe, rozszerzenia oskrzeli) służą odpowiednio zastosowane do poszczególnych przypadków następujące zabiegi: a) zapadnięcie się płuc, wywołane przez sztuczną odmę lub resekcyę żeber, b) założenie przetoki oskrzelowej, c) znaczne wycięcie płuc. — Przy ciężkiej, ale głównie jednostronnej gruźlicy płuc stosuje się leczenie przez wywołanie zapadnięcia się schorzałego płuca. Brauer omawia szczegółowo mechaniczne działanie oraz technikę powyższych zabiegów, z których część sam obmyślił lub sam odpowiednio zastosował. Aczkolwiek w tej nowej dziedzinie są jeszcze niektóre sprawy niewyjaśnione i nie wszystkie poglądy zgodne, to jednak w licznych przypadkach osiągnięto znaczne korzyści. Zabiegów tych na razie w praktyce ogólnej stosować nie można, tylko w zakładach. Określenie wskazania do operacyi, ocena przebiegu oraz ostatecznego wyniku zależy od ścisłego rozpoznania w każdym przypadku i wymaga szczególnego wykształcenia i ciągłej wprawy u danego lekarza internisty, na którym głównie ciąży skierowanie chorego do danego zabiegu. Dr. Blassberg.

# Piśmiennictwo bieżące.

### Medycyna wewnętrzna.

A. Lemierre i P. Abrami. **Żółtaczka pneumokokowa** (Presse médic. Nr 10 1910). Autorowie opisują trzy przypadki zapalenia płuc z żółtaczką: w dwóch za życia stwierdzili we krwi obecność pneumokoka, w trzecim przypadku dało badanie krwi zapomocą hodowli wynik ujemny, zaś badanie żółci, dobytej po śmierci z pęcherzyka żółciowego, we wszystkich trzech wykazało obecność dwoinki Talamon-Fraenkla. Wyniki badania wątroby i dróg żółciowych tych chorych pozwalają na twierdzenie, że żółtaczka w toku zapalenia płuc, będącego również przejawem, czy też punktem wyjścia zakażenia krwi pneumokokiem, powstaje drogą krwi. Z zupełnego odbarwienia stolców możnaby było sądzić, że zakażenie pneumokokiem wywołało ciężkie zapalenie głównych dróg żółciowych i że przyczyna zatrzymania żółci leżała poza wątrobą. Jednakże szczegółowe badanie dróg żółciowych nie wykryło żadnej przeszkody dla odpływu żółci. Żółć, znajdowana w pęcherzyku żółciowym, była prawie zupełnie odbarwiona i tem się tłómaczą odbarwione stolce. Przyczyna leżała w samym miąższu wątroby. Fakt ten może służyć za podporę zapatrywań Widala i Abramiego, że żółtaczka zakaźna jest wynikiem zapalenia miąższu wątroby (hepatitis), a nie przewodów żółciowych (angiocholitis). Jeśli wtedy bywają zmiany także i w drogach żółciowych, to są one wtórne. Dalej należy zaznaczyć, że jeśli w trakcie zapalenia płuc pojawia się żółtaczka, to prawie zawsze tylko u tych chorych, których wątroba przedtem była nieprawidłowa. Być może, że w przypadkach posocznicy pneumokokowej, ciężkiej i długotrwałej, może się zjawić żółtaczka, ale wątpliwą jest rzeczą, by się zjawiała w toku zwykłego zapalenia płuc u ludzi, których wątroba nie była dotąd żadnemi zmianami dotknięta. Przekonujące są pod tym względem wszystkie trzy spostrzeżenia autorów: we wszystkich w wątrobie stwierdzono marskość (wyskok). Możliwą jest rzeczą, że diplokok, krążący we krwi chorych na zapalenie płuc, wydziela się przez wątrobę i nie pozostawia w wątrobie, dotąd zdrowej, żadnego śladu, a natomiast w wątrobie poprzednio schorzałej wywołuje zmiany zapalne, przejawiające się w postaci żół-

taczki. Żółtaczkę w toku zapalenia płuc tłómaczą zatem autorowie lokalizacyą posocznicy pneumokokowej w wątrobie. Zwykle w toku zapalenia płuc zjawia się taka lokalizacya posocznicy pneumokokowej; nasuwa się jeszcze pytanie, czy w poszczególnych przypadkach nie może pneumokok, krążący w krwi, odrazu i wyłącznie usadowić się w wątrobie, jak się czasem usadawia w nerkach, stawach lub oponach mózgowych. Wiadomo, że zdarzają się zapalenia pęcherzyka żółciowego, wywołane przez pneumokoki, a zjawiające się bez zapalenia płuc. Nie można więc zaprzeczyć, że i niektóre żółtaczki nieżytowe lub zakaźne łagodne mogłyby być lokalizacyą czysto wątrobną posocznicy pneumokokowej. Stahr.

Hecker. **Przyczynek do rychłego rozpoznania odry.** (Münch. med. Wochschr. 12. X. 1909). Wprawdzie objaw Koplika pozwala na rychłe rozpoznanie odry, jednakże pod względem ochronnym nie ma on doniosłego znaczenia, gdyż nierzadko zjawia się ledwo w przeddzień osutki na skórze, a nawet nieraz z nią równocześnie. Z chwilą zaś pojawienia się plam Koplika, mamy przed sobą chorego już właściwie z rozwiniętą chorobą, w okresie zatem, kiedy choroba jest bardzo zakaźna. Jeśli chodzi o prędkie a skuteczne oddzielenie chorych, jak to bywa szczególnie pożądane w zakładach, mieszczących dużo dzieci, a więc np. szkołach, szpitalach lub przytułkach, to objaw Koplika nie wiedzie pewnie do celu. Combe zwrócił uwagę, że leukopenię w okresie wybuchu odry wyprzedza hyperleukocytoza w okresie wylęgania, a więc nawet przed zjawieniem się osutki. Otóż Hecker istotnie stwierdza leukocytozę w okresie wylęgania, ale leukocytoza ta nie jest trwała, a przeciwnie w 3 lub 4 dni przed zjawieniem się plam Koplika można stwierdzić wyraźną leukopenię, która się jeszcze zwykle potęguje w czasie występowania osutki. Leukopenia ta występuje czasami nawet 10 do 11 dni przed plamami Koplika, ustępując czasem i na kilka dni miejsca hyperleukocytozie lub prawidłowej ilości krwinek białych. Obok tych wahań w ogólnej ilości ciałek białych stwierdza H. także zmniejszenie się ilości limfocytów. Objaw ten, limfopenia, bywa stałym w okresie osutkowym, a przeważnie wyraźnym także w czasie wylęgania, a więc już na 3–5 dni przed objawem Koplika. Ta zwiastunowa limfopenia, a w drugim rzędzie leukopenia, stwierdzone przed wybuchem osutki, ułatwiałyby w wysokim stopniu wczesne rozpoznanie odry.

Stahr.

Puterman i Breszel. **Przyczynek do wrzodziejącego zapalenia gardła, wywołanego przez laseczniki wrzecionowate** (angina ulcero-membranosa Plaut-Vincent). (Gazeta lek. 1909, Nr 16). Autorowie opisują 2 przypadki zapalenia wrzodziejącego migdałków, z których jeden zasługuje na wzmiankę z tego powodu, że wystąpił w połączeniu z błonicą. Po wstrzyknięciu surowicy przeciwbłoniczej laseczniki Löfflera znikły, krętki jednakowoż i laseczniki wrzecionowate pozostały, znikły zaś dopiero po kilku dniach pod wpływem stosowania błękitu metylowego. Wieser.

W. Zinn. **Leczenie schorzenia na glistnicę robaczkową** (oxyuris vermicularis). (Therap. Monatsh. 1910, Nr 1). Z. osiąga pewne i rychłe wyniki następującem leczeniem: I. dzień: lekka i płynna papkowata dyeta, popołudniu: »Calomel., Pulv. tuber. jalap. aa 0·5«, wieczorem lawatywa z 1—2½ litrów ciepłej wody mydlanej. II. dzień: rano filiżanka czarnej kawy; o godzinie 8. 10. i 12. po jednym proszku: Rp. »Santonin. 0·05, Calomel 0·1«. Popołudniu o godzinie 2. dwie łyżki oleju rącznikowego, który ewentualnie można drugi raz powtórzyć. III. dzień: płynna i papkowata dyeta, rano wanna, przedpołudniem i popołudniu po lawatywie z 1—1½ litra 0·2—0·5% ciepłego roztworu mydła lekarskiego. IV. i V. dzień: to samo. Dokładne odkażanie rąk i okolicy odbytu po każdem oddawaniu stolca. Fels.

R. Lepine. **Radioterapia, a choroba Basedowa.** (Revue de méd. 1910, Nr 1). Szczegółowe badanie jednego przypadku chorobowego u człowieka w związku z poprzedniemi badaniami autora na zwierzętach, doprowadziły go do następujących wyników: 1) U człowieka, który okazywał bicie serca, oraz lekki stopień wysadzenia oczu, pod wpływem podawania niewielkiej dawki jodu rozwinął się wybitny obraz choroby Basedowa. 2) Ilekroć przednią część szyi po izolowaniu poddano u tegoż osobnika działaniu promieni Roentgena, tylekroć stosunek kwasu fosforowego do mocznika w moczu zwiększał się. Zjawisko to powtarzało się po każdem naświetlaniu i dało się stwierdzić również u zwierząt. Dr. Blassberg.

## Pedyatrya.

Berliner. **Przyczynek do leczenia krztuśca; leczenie maścią chininową na drodze nosowej.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 7). Od 2 lat leczy B. krztusiec w ten sposób, że 3—4 razy dnia poleca wprowadzać pręcikiem do nosa 10—15% maść chininową, poczem dziecko kładzie się na wznak, by maść dostała się do tylnych części nosa. Już po 3—4 dniach skutek jest widoczny, zwłaszcza u małych dzieci. — Leczenie to wymaga cierpliwości ze strony rodziców. K.

Marfan. **Badania anatomiczne nad zmianami w kościach krzywiczych.** I. Zmiany widzialne gołem okiem i przez lupę (Journ. de phys. et de path. gen. 1909, Nr 4). IV. Istota zmian kostnych w krzywicy (tamże, Nr 6). Marfan i Baudouin. II. Zmiany mikroskopowe w okresie początkowym krzywicy (tamże, Nr 5). III. Zmiany mikroskopowe w okresie pełnego rozwoju (tamże, Nr 5).

Wszystkie te artykuły stanowią jedną całość i obejmują próbę wyjaśnienia etyologii krzywicy. — Istnieje trojaki pogląd na przyrodę zmian kostnych w krzywicy. Zwolennicy pierwszego poglądu uważają zmiany te za wynik odwapnienia kości pod wpływem zwiększonej ilości kwasów w ustroju, t. j. pod wpływem »skazy (dyskrazyi) kwasowej«. Zdanie to ma już teraz bardzo niewielu zwolenników. Według drugiej teoryi, podtrzymywanej przeważnie przez badaczy niemieckich i włoskich (Grandis i Mainini, Pacchiani, Heubner, Stölzner, Pfaundler), istotę zmian krzywiczych stanowi niedostateczne zwapnienie nowo powstającej tkanki kostnej. Komórki kostne wytwarzają tkankę kostnawą, pozbawioną zupełnie lub prawie zupełnie wapna i niezdolne są do przerobienia jej na właściwą tkankę kostną. Wobec tego, że stara tkanka kostna ulega przytem nadal wessaniu, jak w stanie zdrowia, to zrozumiałem staje się rozrzedzenie istoty podstawowej kości. Zgrubienie nasad kości długich wyjaśnia się mechanicznie ugniataniem rozrzedzonej kości. Nakoniec trzecia teorya uważa zmiany krzywicze za wynik sprawy swoistej, pewnego rodzaju ostrego rozrzedzającego zapalenia szpiku kostnego (Virchow, Baginsky, Kassowitz, Ziegler). Kassowitz uważa za najważniejsze objawy sprawy chorobowej przekrwienie kości i zwiększone unaczynienie. Ziegler przypuszcza, że sprawa zapalna przeważnie ogranicza się do tkanki łącznej szpiku. Zdaniem Marfana poglądy te nie obejmują całokształtu zmian, gdyż nie zwracają uwagi na zmiany w samym szpiku, które właśnie przeważają w tej sprawie. W przebiegu sprawy chorobowej rozróżnia M. 2 okresy. W okresie pierwszym, początkowym, najważniejszym czynnikiem jest nieprawidłowe bujanie komórek szpiku. Rozmnażające się komórki wypełniają nietylko oczka sieci substancyi gąbczastej i końce kanału trzonu kości, ale pojawiają się i tam, gdzie w stanie prawidłowym znaleść ich nigdy nie można: w otoczce chrząstki przerosłej, w kanałach Hawersa, w przestworach substancyi zbitej, czasami w okostnej. To nieprawidłowe bujanie komórek hemolimfatycznych i obfitsze unaczynienie zdają się powstrzymywać pojawienie się nowych warstw kostnych, a ponieważ prawidłowa sprawa wessania (resorbcyi) kości trwa dalej, więc kość musi się rozrzedzać. Ale w miarę, jak krzywica postępuje, zdolność rozrodcza komórek wyczerpuje się. Pojawia się wtedy (drugi okres) tkanka włóknista o komórkach

wrzecionowatych i gwiaździstych. Ilość komórek zmniejsza się, a tam, gdzie sprawa chorobowa osiągnęła stopień najwyższy, niema ich wcale. Gdy szpik stał się już włóknistym, powstaje na nowo sprawa kostnienia, ale przebiega nieprawidłowo: zamiast tkanki kostnej powstaje tkanka kostnawa. Komórki chrząstki silnie rozmnażają się, wchodzą w pas kostnienia i wytwarza się wtedy linia łamana zamiast prostej, jak w stosunkach prawidłowych, i pomieszanie tkanek w pasie kostnienia i w jego sąsiedztwie. Bujaniem komórek chrząstki łatwo objaśnia się zgrubienie nasad kości długich. We wszystkich okresach krzywicy można zauważyć, że sprawa dystroficzna w kościach towarzyszy podrażnieniu szpiku kostnego. Badania M. doprowadzają go do przekonania, że owe zmiany w kościach znajdują się w zależności od zmian irytacyjnych szpiku i chrząstki przynajmniej w przeważnej swej części.

Zastanawiając się nad przyczynami podrażnienia szpiku dochodzi M. do wniosku, że mogą one być rozmaite; najważniejszemi zaś są: krwotoki, zakażenia i intoksykacye, jeżeli trwają dostatecznie długo i z dostatecznem natężeniem. Otoż ze swoich spostrzeżeń przekonał się M., że w krzywicy prawie zawsze można znaleść jakąś sprawę przewlekłą zakaźną lub intoksykacyjną. Aby wystąpiła krzywica, potrzeba, aby przyczyna podziałała w pewnej określonej fazie kostnienia kości, a mianowicie w czasie między ostatniemi miesiącami życia wewnątrzmacicznego, a drugim rokiem; następnie konieczne jest jeszcze pewnego rodzaju usposobienie, karmienie sztuczne, dziedziczność (częstość krzywicy w pewnych rodzinach t. zw. artrytycznych lub zwyrodniałych).

Jeszcze na jedno zwraca M uwagę. Krzywicy często towarzyszą obrzmienia narządów hemolimfatycznych: polyadenia, przerost migdałków, śledziony, grasicy. Przyczyną tego jest to, że u dzieci narządy krwiotwórcze nie są tak zróżniczkowane i na wszelkie wpływy szkodliwe oddziaływają wszystkie razem. Można więc powiedzieć, że krzywica jest to choroba ogólna, wywołująca zmiany anatomiczne przeważnie w kościach i tkankach hemolimfatycznych.

L. Mańkowski.

Wł. Schoenaich. **Leczenie czynnościowe popłoniczego zapalenia nerek u dzieci.** (Przegląd pedyatryczny 1909, T. I., Z. VI.). Na zasadzie spostrzeżeń, zebranych w szpitalu Maryi-Anny w Łodzi u kilkuset dzieci w okresie popłoniczym doszedł autor do wniosku, że leczenie czynnościowe ostrego zapalenia nerek powinno mieć za zadanie: 1) jak największe ograniczenie wprowadzania do ustroju składników źle wydzielanych przez nerki w okresie ostrego zapalenia, a to w celu oszczędzania chorego narządu, 2) przyspieszenie wydzielania tych składników z ustroju. Wobec tego podawano chorym pokarmy pozbawione soli kuchennej o niewielkiej zawartości białka, zatem pokarmy mleczno-roślinne. Zazwyczaj dawano chorym 500 gr. mleka dziennie, ograniczając do minimum picie wody. Ubogie w chlorki odżywianie stosowano też i przed stwierdzeniem zapalenia nerek; miało to na celu nie zmniejszenie odsetka zapalenia nerek w przebiegu płonicy, lecz złagodzenie jego objawów, szczególniej obrzęków w samym początku choroby, co też stwierdzają przytoczone przez autora dane. Dla przyspieszenia wydzielania płynów i szkodliwych składników z ustroju chorego S. stosował godzinne kąpiele o ciepłocie 34—35° C. i otrzymywał bardzo dodatnie wyniki; zwiększenie ilości moczu po kąpieli w porównaniu z ilością przed kąpielą wahało się w poszczególnych przypadkach od kilkudziesięciu % do 1600%. Wyniki te tłómaczy S. zgodnie z poprzednimi badaczami powiększeniem się nerki podczas kąpieli i szybszym obiegiem krwi w tym narządzie, co pociąga za sobą wzmożenie się ilości moczu. Leczenie napotne, uciążliwe dla chorych, należy natomiast ograniczyć do cięższych przypadków, w których wybitne obrzęki, wywołujące bolesne napięcie skóry i uciskające naczynia, utrudniają krążenie krwi. Jeszcze energiczniej występuje S. przeciw stosowaniu środków przeczyszczających w celu odciągania płynów ustroju. Przy krwiomoczu stosował S. dyetę suchą, ograniczając ilość płynów do 500 cm³, by, wywołując wybitne zgęstnienie krwi, podnieść jednocześnie jej krzepliwość. Podkreślić należy, że przy omawianem leczeniu zapalenia nerek nie stosowano żadnych środków farmakologicznych. Że nie wypadło to bynajmniej ze szkodą chorych, świadczy fakt, że wszystkie dzieci opuściły szpital z zupełnem wyleczeniem czynnościowem.

M. Michałowicz.

## Zapiski lecznicze, nowe leki, sposoby i narzędzia.

(Chirurgia).

**Złamanie obojczyka** leczy Romer w następujący sposób: Nieco powyżej brodawki sutkowej zakłada trzy pasy plastra, z których środkowy biegnie przez miejsce złamania aż do kąta łopatki, a dwa boczne częściowo go pokrywają; czwartym paskiem okrąża staw barkowy. Rękę umieszcza na pętli i ostrożnie miesi. Po 8 dniach usuwa się pętlę. Od 14. dnia ruchy. Plastry zatrzymuje się zwykle 3 tygodnie. (Lancet 1909, 13. III.). A.

**Przy złamaniach kończyn górnych** dobre usługi oddają szyny wyciągowe, działające automatycznie. Podał je (na wzór szyn Suppingera) Hofman. (Münch. med. Wochs. 1909, Nr 46). A.

**Podskórne zranienie żyły podobojczykowej** przy składaniu złamanego obojczyka spostrzegał Frank. Duży krwiak ustąpił sam zwolna. (Münch. med. Wochs. 1909, Nr 50). A.

**Pęknięcie tętnicy pachowej** wskutek brutalnych prób odprowadzenia zwichnięcia barku przez laika spostrzegał Hoffmann. W następstwie wytworzył się tętniak. Podwiązanie tętnicy podobojczykowej, wycięcie tętniaka, wyleczenie zupełne. Dotąd opisano 57 podobnych pęknięć tętnicy pachowej przy próbach odprowadzania. (Deut. Zft. für Chir. 1909, 99). K.

**Przygojenie prawie zupełnie odciętego przedramienia** uzyskał Jianu. Kończyna wisiała tylko na kawałku skóry. J. zeszył najpierw mięśnie po zewnętrznej stronie, potem wklinował w siebie kości, następnie zeszył zginacze, nerwy, tętnicę promieniową, w końcu skórę. Odcięcie nastąpiło w dolnej $^1/_3$ przedramienia. (Spitalul 1909, 12). A.

**Złamanie uda u noworodków** leczy się najlepiej podług Zancariniego przez umocowanie nóżki całej na brzuszku dziecka tak, że przednia część uda leży na brzuchu, goleń na klatce piersiowej, a stopa nad ramieniem. Opatrunek zmienia się celem miesienia codziennie. (Münch. med. Wochs. 1909, Nr 46). K.

**Przy zgorzeli starczej** polecają Armour i Smith wykonanie połączenia żylno-tętniczego. Przecina się żyłę i tętnicę udową i zeszywa potem górny odcinek tętnicy z dolnym żyły i naodwrót. Wprawdzie w jednym przypadku autorów nie uchroniła ta operacya chorego od odjęcia kończyny, ale niemniej należałoby nie zaniechać dalszych prób. (Lancet 1909, 25. IX.). A.

**Przy leczeniu stopy płaskiej** nie należy nigdy podług Muskala postępować szablonowo, stosując wkładki, lecz najpierw starać się o przywrócenie prawidłowego położenia stopy, t. j. supinacyi, przesunięcia osi stopy i wzmocnienia mięśni. Przypadki ciężkie wymagają operacyi. M. postępuje zwykle w ten sposób, że poddaje stopę przez $^1/_4$ godziny przekrwieniu czynnemu (choćby gorące mydlane kąpiele) lub biernemu (opaska), a potem wykonuje bierne ruchy supinacyjne, zalecając chorym chodzenie na zewnętrznym brzegu stopy z palcami, zwróconymi zupełnie prosto. Potem zakłada M. opatrunek plastrowy, utrzymujący

stopę w dobrem położeniu, zmieniając go ewentualnie co 14 dni, przyczem dopiero wtedy do chodzenia daje odpowiednie wkładki. (Zeitschr. f. ärzt. Fortbld. 1909, Nr 14). A.

**Pień nerwu trójdzielnego** dośrodkowo poza zwojem Gassera przeciął z dobrym skutkiem Payr. Operacya ta jest mniej niebezpieczna od wyjęcia zwoju, nie może uszkodzić zatoki jamistej, ani nerwów mięśni ocznych i nie występują po niej zaburzenia oczne, jak n. p. zajęcie rogówki i t. p. Cięcie płatowe z podstawą na łuku jarzmowym, podwiązanie tętnicy oponowej średniej i po podciągnięciu za zwój przecięcie nerwu na brzegu piramidy kości skalistej. (Tow. lek. Greifswald 1909, VI.). A.

**Złączenie nerwów** z dobrym wynikiem wykonał w 7 przypadkach Tubby. Zwłaszcza znakomity był wynik przez połączenie porażonego nerwu twarzowego z podjęzykowym. Współruchy ustępują zwolna; na zupełny wynik trzeba czekać nieraz 2—4 lat. (Lancet 4. 1909, IX.). A.

**Przy nerwobolach** poleca González leczenie podane przez Corchera w r. 1907, polegające na wprowadzaniu 1000—1500 cm³ tlenu w okolicę samego nerwu. Sposób ten wiedzie rychło do celu. Na 33 przypadków uporczywej rwy kulszowej w 21 uzyskano szybkie zupełne uleczenia. (Rev. d. med. et chir. prat. 1909, 11. 8.). A

## Sprawy Towarzystw naukowych.

### Towarzystwo lekarskie krakowskie.

**Posiedzenie z dn. 9. marca 1910.**

Przewodniczy r. dw. Prof. Wicherkiewicz, później Prof. Bochenek. — Obecnych członków 48.

1) Protokół poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Przewodniczący odczytuje zaproszenie na zwiedzenie »Lecznicy związkowej«.

3) R. dw. Prof. Browicz wygłasza odczyt: **Wyniki i znaczenie przeszczepień raka.**

W dyskusyi przemawiali: Prof. Kostanecki, Dr Eisenberg, Prof. Kader. — Następnie Prof. Dobrowolski w odpowiedzi na pytanie, postawione przez Prof. Kostaneckiego, zaznacza co następuje: 1) Wczesne okresy osiedlenia się na otrzewnej zapłodnionego jajka ludzkiego nie są znane. Na otrzewnej znajduje się tak przy ciąży macicznej, jak i jajowodowej, odczyn pod postacią zmian w nabłonkach otrzewnej, które przybierają cechy komórek doczesnej, względnie syncytyum. 2) Zmniejszenie dopływu krwi do podścieliska tkanek, w których buja rak, jak wykazują doświadczenia ginekologów, nie wstrzymuje wcale bujania raka, gdyż podwiązanie obu tętnic nasiennych i obu tętnic macicznych przy raku macicy, nie nadającym się do doszczętnego operacyjnego leczenia, zupełnie nie wstrzymywało dalszego bujania tkanki rakowej. (Streszczenie własne).

R. dw. Prof. Browicz wyjaśnia w odpowiedzi, że sposób szerzenia się raka odbywa się, według nowszych poglądów, zarówno drogą naczyń chłonnych, jak i krwionośnych. Komórki nabłonkowe prawidłowe niszczeją w obcym ustroju (komórki wątroby, kosmków), a chociażby grupa takich komórek rozmnożyła się, to nie stanowiłaby jeszcze utkania raka, o którem decyduje dopiero, oprócz charakteru samych komórek, wzajemny ich stosunek do siebie i do tkanki otaczającej. Wpływ odżywienia odgrywa znaczną rolę w rozwoju raka, stąd przerzuty rozwijają się tam, gdzie znajdują odpowiednie odżywki (Wuchsstoffe), tak np. nowotwory tarczycy tworzą z pewnem upodobaniem przerzuty w szpiku kostnym.

Kol. Wojciechowski zauważa, że podwiązywanie naczyń stosowano w zaniedbanych rakach macicy nie celem powstrzymania rozwoju nowotworu, lecz tylko objawu t. j. krwotoku, — co nie daje odpowiedzi, ściśle dostosowanej do pytania Prof. Kostaneckiego i niema znaczenia dla tego zagadnienia. (Streszczenie własne).

Kol. Koźniewski: Nawiązując do uwagi Prof. Browicza, że 4% rozczyn eteru, wstrzyknięty do nowotworu, pobudza jego wzrost, gdy natomiast inne czynniki (chemiczne i mechaniczne) wykazują hamujące działanie, — oraz do uwagi Prof. Kostaneckiego, że traktowanie eterem komórek prawidłowych wpływa często wybitnie na sposób ich dzielenia się (zamiast mitozy występuje amitoza i t. p.), — wspomina mowca o pracy Löwa i Emmericha (referowanej w Biochemisches Centralblatt t. VIII), którzy wykryli w eterze, używanym do doświadczeń biologicznych, obecność enzymów utleniających (peroksydaz). Wobec tego, że przy szybkim wzroście czy to tkanek prawidłowych, czy nowotworów, spostrzega się wzmożenie spraw oksydacyjnych, zachodzi ewentualność, że działanie eteru na te właśnie sprawy wpływa, nie zaś na hypotetyczne związki lipoido-białkowe, którą to możliwość przyjmuje kol. Eisenberg; — związków takich nie znamy, więc roztrząsanie warunków stałości lub rozpadu ich jest conajmniej przedwczesne. (Streszczenie własne).

Prof. Godlewski zwraca uwagę, że eter niema żadnych wyłącznych swoistych właściwości, lecz że w sposób zupełnie analogiczny działają wszystkie hemolitycznie czynne substancye (chloroform, alkalia, podniesiona ciepłota, surowice krwi obcych gatunków i t. d.). Akcya oksydacyjna ma tu niewątpliwie znaczenie, ale nie jest wywołana oksydazami, specyalnie w eterze mieszczącemi się. (Streszczenie własne).

W dalszym ciągu dyskusyi zabierali jeszcze głos: Prof. Chlumsky i Dr Eisenberg. Sekretarz: Dr Bujak.

### Związek polski lekarzy i przyrodników w Petersburgu.

Wydział lekarski.

**VI. Posiedzenie naukowo-administracyjne połączonych wydziałów lekarskiego, przyrodniczego i farmaceutycznego z dnia 1 (14) maja 1909 r.**

Obecnych członków — 30, gości — 8. Przewodniczy prof. Zaleski.

Protokół z posiedzenia w dniu 24. IV. (7. V.) 1909 r. przyjęto.

I. P. Bronisław Barylski wygłosił rzecz p. t.: **Wata hygroskopijna z lnu, jako najnowszy wytwór przemysłu włóknistego** (z pokazami).

Prelegent zaznaczywszy na wstępie, iż wyrobem waty hygroskopijnej z lnu zajęło się pewne stowarzyszenie akcyjne, w którem główny udział biorą Polacy z p. Nowickim na czele, mniema, iż należy tę sprawę poddać najpierw pod sąd w Towarzystwie naukowem polskiem, jakiem jest »Związek«. Prelegent przytoczył sposoby, w jaki otrzymują watę z lnu, zaznaczył, że bardzo dobrą dla wyrobu tej waty jest woda Newska wobec słabej mineralizacyi, bo jeżeli woda jest zła, to wata żółknie lub w każdym razie traci swoją białą barwę. Dalej podał prelegent różnicę między watą obecnie używaną, a watą z lnu; zaznaczył, że wata z lnu jest znacznie tańsza, a jeżeli zważyć, iż w Rosyi corocznie zużytkowują do 200,000 pudów waty, 150,000 pudów materyału pyroksylinowego i że przy sprowadzaniu z zagranicy (z Niemiec) opłaca się cło po 8 rub. 50 kop. za pud, to już te liczby świadczą dostatecznie, jak wielkie powodzenie i doniosłe znaczenie powinienby mieć wyrób tej waty w państwie. Prócz tego prelegent odczytał odezwę o wacie z lnu, wydaną przez prof. Ziemackiego, z której to odezwy widać, że prof. Ziemacki już w ciągu kilku miesięcy prowadził doświadczenia nad tą watą w swej klinice. Z doświadczeń tych wynika, że ciężar gatunkowy jest wyższy od ciężaru waty bawełnianej, wata nie jest tak hygroskopijna, nie jest tak biała. Mimo to zwraca uwagę na taniość. Wata z lnu jest odpowiednia na podścielisko do opatrunków, do szyn, do opatrunków ogrzewających, do okła-

dów. Wyjałowienie jej jest równie łatwe, jak i waty bawełnianej.

Dyskusya: — P. Chrzanowski zwraca uwagę, iż znajdują się w tej wacie węzełki.— Prelegent: Jest to 3. gatunek waty; w najlepszym zaś gatunku, którego Zgromadzeniu przedstawić nie mogłem, tych stron ujemnych niema.— P. Chrzanowski. Do próby wartościowej waty używają następującego sposobu: biorą kawałek waty mocno skręcony i rzucają do wody; jeżeli on prędko tonie, jest to dowodem dobrego gatunku waty. — Prelegent rzuca do szklanki z wodą kawał skręconej waty; wata szybko utonęła. Prócz tego dodaje, że elementaryzacya Nowickiego była dotąd zupełnie nieznana i waty tym sposobem wyrabianej również niema. — P. Małachowski: Wobec tego, iż ilość zużytkowanej w Rosyi waty, jak to wynika z liczb przytoczonych przez prelegenta, jest nieznaczna w stosunku do całej produkcyi lnu w Rosyi, więc przemysł ten, aczkolwiek bardzo pożyteczny, szerokiego znaczenia dla kultury lnu w Rosyi mieć nie może. Co do tego, iż wynalazek ten należy jakoby do p. Nowickiego, jak to twierdzi prelegent, to należy zaznaczyć, że sposoby wyrobu waty z lnu są oddawna znane, w dowód czego odczytuje mówca depeszę z roku 1902, przesłaną przez włościan jednego z siół przemysłowych (Spas — Klipiki), w której włościanie ci uskarżają się na konkurencyę w ich przemyśle, jaką wytworzył wyrób waty lnianej. Również wskazuje mówca i na inne wynalazki w tej dziedzinie; okazało się, iż w tej sprawie już oddawna pracują inni i osiągnęli znacznie lepsze wyniki, aniżeli p. Nowicki.— Prelegent dodaje, że wata lniana już obecnie jest o 5 rub. tańsza na pudzie od zwykłej waty, a wkrótce będzie jeszcze tańsza. — Dr. Święcicki zapytuje, jaka jest różnica we własnościach fizycznych pomiędzy watą z lnu, a bawełnianą.— Prelegent: W odezwie prof. Ziemackiego jest na to odpowiedź; wata ze lnu jest nierówną, wobec czego podraźnia skórę i ogrzewa. — Dr. Święcicki: Te własności fizyczne można określić w kaloryach; wata, która ogrzewa jest gorsza i to stanowi wielką stronę ujemną, wata zaś, która chłodzi jest lepsza. — Prof. Zaleski prosi o wyjaśnienie 1) czy przeprowadzono badania nad zastosowaniem omawianej waty do wyrobu pyroksyliny, oraz jakie są tych badań wyniki; 2) czy uwzględniono konkurencyę, jaką stanowić może tak zw. wata drzewna, nad wyrobem której już przeprowadzono podobne badania, między innemi w Moskwie, i która przedstawiać może tę samą celulozę o tych samych własnościach. Tkaniny z tej t. zw. wiskozy już są tu rozpowszechnione. — Prelegent zaznacza, że próby co do wyrobu pyroksyliny z tej waty prowadzi rządowa fabryka melinitu na Ochcie.— Prof. Zaleski: Jeżeli przyjąć poprawkę, wniesioną przez p. Małachowskiego, który również specyalnie pracował w tej dziedzinie, to w każdym razie »Związek« powinien określić swoje stanowisko względem tego wynalazku polskiego.

Na prośbę prelegenta obrano komisyę, która ma orzec, czy omawiana wata ze lnu rzeczywiście zasługuje na uznanie. Do składu komisyi weszli: prof. Raczyński (prezes komisyi), a jako członkowie komisyi: Dr. Białobłocki, p. Chrzanowski, p. Komodzińska, p. Małachowski, Doc. Sowiński i Dr. Święcicki.

W dalszym ciągu dyskusyi zauważa Dr. Święcicki, że badania materyału opatrunkowego już są opracowane przez dra Preobrażeńskiego; w danym razie potrzebne jest badanie ściśle fizyczne, opracowane laboratoryjnie.— Prof. Zaleski: Wśród nas jest prof. Merczyng i p. Borowik, laborant przy katedrze fizyki w Uniwersytecie tutejszym, którzy w danej sprawie okazaliby wielką pomoc. — Zgromadzenie zaprasza prof. Merczynga i p. Borowika do przyjęcia również udziału w komisyi. — Prelegent p. Barylski dziękuje za to ułatwienie, które nastąpi wobec wyboru komisyi. — Prezes w imieniu Zgromadzenia składa prelegentowi podziękowanie za zajmujący odczyt.

II. Dr. Maksymilian Eliasson odczytał rzecz p. t.: **Przyczynek do sprawy czynności ośrodka słuchowego kory**. (Rzecz wydrukowana w postaci rozprawy dokt. za rok 1909. Petersburg). Prezes w imieniu Zgromadzenia dziękuje za zajmujący odczyt. Wobec spóźnionej pory odczyty Dra Zawiszy i Doc. Orłowskiego odroczono do jesieni.

W administracyjnej części posiedzenia: 1) Dokonano wyborów nowych członków. Rzeczywistymi członkami »Związku« jednomyślnie zostali obrani: Dr. Alfred Szylling z Warszawy, Michał Gałwiałło mag. farmacyi, Stanisław Borowik laborant przy katedrze fizyki na Uniw. Petersburskim i prof. Instyt. górniczego Karol Bohdanowicz. 2) P. Szabłowski wyraża życzenie wzięcia udziału w komisyi, którą utworzono dla oceny wartościowej waty ze lnu. Zaproszono. 3) W myśl §§ 26 i 27 ustawy »Związku« przystąpiono do wyborów 2 nowych członków do komisyi rewizyjnej na miejsce dwóch wylosowanych. Zostali obrani (na miejsce Dra Wiercińskiego i p. Wachowskiego) przez aklamacyę: Dr. Eliasson i p. A. Lipiński farm. 4. Dr. Hattowski odczytuje sprawozdanie z bilansu kapitału na rzecz szpitala polskiego: kapitał ten wynosi 3968 rubli 35 kop. co stanowi w papierach procentowych obecnie 4600 rubli. Odczyt Dra Herynga przyniósł straty 29 rub. 42 kop. Prócz tego Dr. Hattowski prosi »Związek« o plenipotencyę na rozporządzanie temi sumami w celach jaknajkorzystniejszego ulokowania. »Związek« uchwalił wydać plenipotencyę 5. Prezes odczytał list od Dra Woltheima, który dziękuje za gościnne przyjęcie i przesyła datek w kwocie 10 rub. na szpital polski.

**VII posiedzenie Wydziału lekarskiego w d. 30. X. (12. XI.) 1909 r.**

Obecnych członków 23, gości 5. Przewodniczy prezes prof. Zaleski.

Protokół ostatniego posiedzenia z dnia 1 (14) maja przyjęto.

I., Dr. Wacław Zawisza odczytuje rzecz p. t.: **Badania moczu przy gruźlicy nerek** (Rzecz wydrukowana w »Gazecie lekarskiej« 1909 Nr. 50.)

Dyskusya: Prof. Ziemacki zaznaczywszy, iż odczyt prelegenta odkrywa nowe horyzonty w tak zawiłej sprawie, jaką jest gruźlica nerek, dodaje, iż oddawna sam zwrócił również uwagę, że ciałka ropne zupełnie inaczej wyglądają i w zupełności podziela zdanie prelegenta. Gruźlica nerki może przedstawiać się różnorodnie: często gruźlica rozwija się w nerce niewątpliwie, a mimo to sposoby chemiczne i drobnowidowe nie stwierdzają żadnej zmiany w moczu. Otóż w rozpoznawaniu gruźlicy nerek należy uciekać się do wszystkich sposobów, jak np. odczyn Calmetta, Pirqueta i t. p. Mówca przytacza jeden przypadek gruźlicy obydwu nerek; mocz był zupełnie czysty; chora zmarła wskutek nagłego bezmoczu. Sekcya wykazała, że nerki były zupełnie zniszczone sprawą gruźliczą. Wtedy lasecznika Kocha jeszcze nie znano, (było to w r. 1880).

Doc. Orłowski zapytuje prelegenta, czy te zmiany ciałek białych w moczu, swoiste dla gruźlicy nerek, spostrzegano w limfocytach, czy też w ciałkach wielojądrzastych neutrofilnych.

Prelegent odpowiada, że zmianom ulegają ciałka ropne.

Prof. Ziemacki zaznacza, że istnieje różnica pomiędzy ciałkami ropnemi przy zapaleniach zwykłych i zapaleniach pochodzenia gruźliczego i przypuszcza, iż przy gruźlicy nerek te ciałka niby-ropne są limfocytami. Popiera swe zdanie tem, że w ropniach gruźliczych znajduje się pepsyna (badania przy gruźlicy kości); również pepsyna znajduje się w naczyniach chłonnych (np. w przewodzie chłonnym piersiowym), wobec czego mówca przypuszcza, iż przy gruźlicy nerek również ma się do czynienia z »lymphorrhoea«.

Prelegent: W ciałkach ropnych przy gruźlicy muszą zachodzić dość poważne zmiany: jeżeli zwyczajne ciałka ropne dodamy do moczu gruźliczego, to zniekształtnienie tych ciałek nie nastąpi.

Dr. Uliński przytacza przypadek gruźlicy jajnika. Nerki badano zapomocą cewników; w otrzymanym moczu przy

badaniu drobnowidowem stwierdzono obecność lasecczników Kocha, wobec czego ustalono rozpoznanie gruźlicy prawej nerki. Chora zmarła. Sekcya wykazała ogniska gruźlicze tylko w lewym jajniku, nerka zaś była zupełnie niezmieniona. Otóż mówca zapytuje, w jaki sposób możnaby objaśnić te wyniki badania drobnowidowego moczu.

Dr. Wierciński tłómaczy ten przypadek przerzutem przez moczowód.

Prof. Zaleski zapytuje prelegenta, czy uwzględniał wpływ różnych czynników chemicznych na ciałka ropne. Należałoby zastosować odpowiednie badania na zwierzętach.

Prezes w imieniu Zgromadzenia dziękuje prelegentowi za nader pouczający odczyt.

II., Doc. Zenon Orłowski wypowiedział rzecz p. t.: **W sprawie odczynu Cammidgea.** Prelegent badał mocz co do odczynu Cammidgea u 1 zdrowego osobnika i 19 chorych. U zdrowego, jak również i u 13 chorych odczyn Cammidgea dał wyniki dodatnie. Jeden z tych chorych zmarł; dokonane badanie pośmiertne trzustki wykazało zupełnie prawidłowy jej stan. U 7 osób ilość otrzymanego osazonu była nieco większa, wobec czego powiodło się również określić i punkta topliwości; w 2 przypadkach punkta te były 200 i 195°C, a w 5 innych 180—185°C. Wobec niewielkiej ilości otrzymanych osazonów trudno było przeprowadzić bardziej szczegółowe badania. Na podstawie otrzymanych danych doszedł prelegent do następujących wniosków: 1) Odczyn Cammidgea nie może mieć obecnie rozstrzygającego znaczenia rozpoznawczego przy chorobach trzustki, gdyż odczyn ten daje wyniki dodatnie tak u chorych, jakoteż i zdrowych. 2) Prawdopodobnie w różnych przypadkach otrzymuje się różne osazony. Otóż zadaniem badaczy nie powinna być statystyka obecności tego odczynu w zdrowym lub chorym ustroju, lecz różniczkowanie osazonów drogą ścisłych badań chemicznych samego osazonu i moczu, z którego osazon otrzymano. W ten sposób może uda się stwierdzić, iż przy chorobach trzustki wydziela się jakaś substancya, która daje pewny osazon, charakterystyczny tylko dla chorób trzustki. 3) Odczyn Cammidgea może mieć obecnie znaczenie tylko w chemii przemiany materyi w ustroju człowieka i w tem najprawdopodobniej leży także jego przyszłość (Streszczenie własne).

Dyskusya: Dr. Wierciński podnosi znaczenie badań prelegenta wobec zupełnie nowego kierunku, jaki prelegent nadaje temu odczynowi.

Prof. Zaleski: Po odczycie doc. Smoleńskiego również o odczynie Cammidgea już wywiązała się dyskusya i, o ile pamiętam, Dr. Orłowski zapatrywał się sceptycznie na ten odczyn. Praca Smoleńskiego ma wielkie znaczenie, więc należy tu zaznaczyć, iż sprawa, poruszona przez naszego rodaka już znalazła oddźwięk również u członka naszego Dra Orłowskiego, który też udał się do sposobu Smoleńskiego. Co do tablicy skręcania (polaryzacyi), tu przedstawionej, można przypuszczać, iż te pierwsze osazony były mniej krystalizowane, wobec czego różnią się między sobą stopniem topliwości. Również barwa tych osazonów jest niejednakowa.

Prelegent: Punkta topliwości określono wspólnie z p. Smoleńskim.

Prezes podnosi naukowe znaczenie pracy prelegenta, dodając, że ujemny wynik ma często większe znaczenie, aniżeli dodatni, i w imieniu Zgromadzenia dziękuje za nader pouczający odczyt.

W części administracyjnej posiedzenia: 1) Odczytano odezwę od studentów Akademii wojskowo-lekarskiej z prośbą o poparcie nowoutworzonego biura pracy. Przyjęto do wiadomości. 2) Odczytano list od dra Chłapowskiego (z Poznania) z prośbą o poparcie sprawy postawienia w Poznaniu tablicy pamiątkowej naszemu najznakomitszemu lekarzowi epoki odrodzenia, Józefowi Strusiowi. Uchwalono otworzyć listę składek. 3) Towarzystwo S-go Wincentego à Paulo zwraca się do »Związku« o pomoc dla Józefa Kowalskiego w sprawie nogi sztucznej. Przyjęto do wiadomości. 4) Toż samo Towarzystwo zwraca się do »Związku« z prośbą o pomoc dla b. Dr. Józefa Zaleskiego. Ponieważ Dr. Zaleski był niegdyś lekarzem w Szkole przy kościele św. Katarzyny, uchwalono znieść się w tej sprawie z Rz.-kat. Towarzystwem Dobroczynności. 5) Prezes podaje do wiadomości, iż otrzymał podziękowanie dla całej komisyi zdrowotnej od Administracyi Rz.-kat. Towarzystwa Dobroczynności za trudy, położone przez komisyę w walce z epidemią cholery w instytucyach, podległych rzeczonemu Towarzystwu. 6) Omawiano sprawę odczytów i ich porządku; ogólne pierwsze powakacyjne posiedzenie wyznaczono na d. 13. listopada st. st. 7) Prof. Merczyng zdał sprawę z wrażeń, jakie na niego sprawiły nowe filtry, ustawione na stronie Wyborskiej i Petersburskiej. Nowy projekt nie sprawił na mówcę dodatniego wrażenia. 8) Wobec mających powstać wydziałów technicznego i dentystycznego proszono o szersze kooptowanie nowych członków. 9) Sekretarz Doc. Sowiński podaje do wiadomości, iż otrzymał z Krakowa odbitki protokołów posiedzeń »Związku« za rok 1908. Sekretarz: Zdzisław Sowiński.

## Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

### Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

**Izba lekarska wschodnio-galicyjska** ogłasza, co następuje:

»W drugiej połowie kwietnia b. r. przystąpi Izba do rozdania 763 kor., jako trzeciej części kwoty, nadesłanej ze Związku Towarzystw lekarskich. — Uprawnione do otrzymania zapomóg wdowy i sieroty po lekarzach, którzy mieszkali w obrębie Izby lekarskiej wsch.-galic., zechcą wnieść najdalej do 15. kwietnia b. r. należycie udokumentowane podania do Izby lekarskiej (ul. Dominikańska, l. 11). — Prezydent, Dr Festenburg«.

**Ankietę w sprawie lekarzy szkolnych** urządził Wydział Izby lekarskiej we Lwowie z udziałem Prof. Kucery, Panka, Szpilmana, Dra Kaczorowskiego, Hornunga, Serbeńskiego, Zgórskiego i Doc. Piaseckiego. Na posiedzeniu w d. 23. III. b. r. podnoszono jednomyślnie, że obowiązki, nałożone przez rząd na lekarzy seminaryów nauczycielskich wymagają 5—6 godzin pracy dziennie, że więc lekarze ci powinni mieć pobory i prawa innych profesorów seminaryów. R.

**Do Związku krajowego lekarzy przystąpili** z Krakowa: Dr Franciszek Bernaciński, Dr Władysław Bujak, Dr Stanisław Flaschen, Dr Edmund Rosenhauch, Dr Aron Schwarzbart, Dr Jan Stopczański, Dr Tadeusz Żeleński. W.

**Wydział Związku krajowego lekarzy** wybrany na Walnem Zgromadzeniu w dniu 12. marca b. r., ukonstytuował się w następujący sposób: 1) Administracyę znaczków receptowych będzie nadal prowadzić Dr Władysław Żydłowicz (Kraków, ul. Floryańska 22), 2) Oddział należytości — Dr Stanisław Iaugustyn (Kraków, ul. Sławkowska 20), 3) Kasę pogrzebową — Dr Józef Owsiński (Kraków, ul. Szpitalna 4), 4) Oddział dla ulg ekonomicznych — Dr Adolf Klęsk (Kraków, ul. Wolska 9). W sprawach kasowych należy się zwracać do skarbnika Związku Dra Grzegorza Grzybowskiego (Kraków, Szpitalna 3). Wszelkie inne pisma do wydziału Związku krajowego lekarzy należy adresować: »Kraków, ul. Radziwiłłowska 4«.

Na odbytem w dniu 23. III. b. r. posiedzeniu powziął wydział Związku następujące ważniejsze uchwały: Ułożono wzór regulaminu dla poszczególnych Kół Związku. Regulamin ten otrzymają w najbliższym czasie Zarządy wszystkich Kół. Lekarzy, którzy obecnie jeszcze nie wykonują praktyki prywatnej lub z innego powodu nie mogą płacić wkładki, będzie Wydział na ich prośbę uwalniał na jeden rok administracyjny od płacenia rocznej wkładki w kwocie 12 kor. — Uwolnieni od wkładki członkowie Związku będą jedynie opłacali rocznie po 2 kor.,

t. j. tyle, ile płaci Związek krajowy corocznie od każdego członka do Związku państwowego austryackich organizacyi lekarskich we Wiedniu. Do kasy pogrzebowej będą jako nowi członkowie przyjmowani tylko członkowie Związku krajowego lekarzy. W.

**Zużyte opatrunki** mają być podług rozporządzenia ministerstwa w szpitalach zaraz palone, te zaś (n. p. bielizna, opaski i t. p.), których używa się dalej, muszą być dokładnie wyprane i odkażone. Rozporządzenie to wydano ze względu na częste schorzenia szmaciarzy, zbierających po śmietnikach szpitalnych gałgany. X.

**Dla lekarzy wojskowych** ogłasza wojskowy komitet sanitarny (Militärsanitätskomitee Wien IX. Währingerstrasse, Nr 25) konkurs na medal złoty i nagrodę pieniężną za najlepszą pracę na temat: Zaopatrzenie wojska we wodę na wojnie i w pokoju. Termin do 31. grudnia 1910 r. X.

**Towarzystwo domu lekarskiego** w Maryenbadzie ogłasza, że od 1. maja r. b. będzie wolnych 10 miejsc dla chorych lekarzy lub ich żon. Podania wnosić należy najdalej do 15. kwietnia na ręce prezydyum Towarzystwa. X.

**Zakaz sprzedaży przyrządów „Sanitas“.** Ministerstwa spraw wewnętrznych, finansów i handlu zakazały sprzedaży i sprowadzania przyrządów instytutu »Sanitas« przeciwko moczeniu nocnemu. X.

**W sprawie wzajemnego wynagradzania się lekarzy** doszła komisya berlińskiego Związku lekarzy do wniosku, że niema nic zdrożnego w tem, jeżeli lekarz bierze honoraryum za leczenie kolegi, a zwłaszcza jego rodziny. X.

**Za werbowanie pacyentów przez pośredników** ukarała Izba lekarska wiedeńska dentystę Dra Fischera grzywną 400 koron, a dentystę Dra Barchelesa grzywną 200 koron za ordynowanie w dwóch miejscach. X.

---

**Stan epidemii w Galicyi.** W czasie od 20. III. do 26. III. 1910 doniesiono o nowych przypadkach d u r u p l a m i s t e g o w pow. Buczacz (Barysz 6, Hrehorów 1, Nowosiółka ad Koropiecko 2), Gródek jagiell. (Strader 5), Grybów (Izby 4), Jaworów (Młyny 2, Czerczyk 5), Jarosław (Tuchla 1), Lisko (Horzowczyk 2), Mościska (Trzcieniec 1, Makuniów 7), Nadwórna (Wołosów 4), Peczeniżyn (Ruszor ad Kosmacz 1), Podhajce (Wiśniowczyk 4), Przemyślany (Turkocin 1), Śniatyn (Zebranówka 4), Tarnopol (Kutkowce 2), Zborów (Kudobińce 2), Żółkiew (Weryny ad Bojaniec 4); o s p y pow. Borszczów (Olchowiec 1), Drohobycz (Letnia 1). Dr T.

**Choroby zakaźne w Krakowie.** Od 20. III. do 26. III. 1910 zgłoszono przypadków: błonicy 2 † — (w tem obcych 1 † —), krztuśca 2, płonicy 3 † — (1 † —), duru brzusznego 6 † 2 (3 † 1), czerwonki 1 † 1 (1 † 1), róży 1 † 1 (1 † 1).

Dr Janiszewski.

**Choroby zakaźne w Warszawie.** Od 27. II. do 8. III. 1910 przybyło do szpitali warszawskich przypadków: ospy 31 † 5, odry 2, płonicy 6, błonicy 8, róży 10, duru plamistego 19 † 1, duru brzusznego 11 † 5, duru powrotnego 1.

(Gaz. lek. Nr 13).

---

## Wiadomości bieżące.

We wrześniu b. r. odbędzie się międzynarodowy Zjazd ginekologów w Petersburgu. Tymczasowy komitet, zorganizowany na poprzedni, a niedoszły do skutku Zjazd, prosi Kolegów, chcących wziąść udział w Zjeździe, aby się raczyli zgłaszać najdalej do 1 maja b. r. pod adresem: Prof. Mars — Lwów, ul. Pijarów 4. Klinika położniczo-ginekologiczna.

---

Wydanie jubileuszowe wiekopomnej »Teoryi jestestw organicznych« J. Śniadeckiego, można nabywać w Administracyi »Przeglądu lekarskiego« (Dunajewskiego 2), po bardzo nizkiej cenie 2 kor. 50 hal. Dochód z rozprzedaży przeznaczony na cele użyteczności publicznej.

---

**Kraków.** Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, zapowiedziane na 30. III., a w ostatniej chwili odwołane odbędzie się w d. 6. IV. b. r. z tym samym porządkiem dziennym.

— Towarzystwo opieki szpitalnej dla dzieci w Krakowie liczyło w r. 1909 (37-ym swej działalności) 102 członków; na czele Towarzystwa stał Prof. Dr M. L. Jakubowski, będący zarazem dożywotnim honorowym kuratorem instytucyi, utrzymywanych przez Towarzystwo, t. j. szpitala dla dzieci im. św. Ludwika i kolonii leczniczej w Rabce. Z wzorowego sprawozdania Towarzystwa za rok 1909 należy przytoczyć następujące szczegóły: Towarzystwo zawarło na dalsze 5 lat umowę o leczenie ubogich chorych dzieci z Wydziałem krajowym, uzyskując przytem podwyższenie rocznego ryczałtu z 36 na 42 tysiące koron rocznie, jednakże wiedząc z góry, że jestto kwota zbyt nizka; rzeczywiście też, przy koszcie dnia szpitalnego 1·81 kor., resp. 2·10 h. i 34.715 dniach leczenia w r. 1909 wypadł niedobór 7.750·55 kor. który Towarzystwo z trudem pokryło. To też Towarzystwo pragnie w przyszłości skierować swą działalność na inne tory i roztoczyć opiekę głównie nad dziećmi zołzowatemi i zagrożonemi gruźlicą, co będzie mogło nastąpić z chwilą, gdy wypełniane dotychczas przez Towarzystwo zastępczo zadania kraju i miasta, mianowicie leczenie chorych osesków, przypadków chirurgicznych i zakaźnych, obejmą bezpośrednio właściwe czynniki, to jest, gdy wybudowany zostanie przez kraj nowy zakład położniczy z oddziałem mamek, gdy do oddziału chirurgicznego kraj. szpitala św. Łazarza przybudowane zostaną sale dla dzieci i gdy stanie miejski szpital zakaźny. Z rządem zawarło Towarzystwo nową umowę o utrzymywanie kliniki pedyatrycznej. Dla kolonii leczniczej w Rabce dokupiono sąsiednią parcelę i zbudowano łazienki. Majątek Towarzystwa (czysty) wynosi 546.353·08 kor., w tem 458.174·35 kor. wartość realności, a 21.050·65 kor. wartość inwentarza, 60.000 kor. fundusze żelazne, 26.000 kor. fundusze dyspozycyjne. — W szpitalu św. Ludwika leczono w r. 1909 ambulatoryjnie 5.635 dzieci, stale 1.302; sprawozdanie Towarzystwa podaje dokładną statystykę lekarską wszystkich tych przypadków. Stanowisko honorowego operatora szpitala powierzono w r. 1909 Prof. Dr Chlumskyemu, sekundaryuszem mianowano Dra J. Schneidra, praktykantem Dra Matlaka. W kolonii rabczańskiej przebywało w roku 1909 — 151 dzieci (zgłosiło się o przyjęcie 542, zakwalifikowano 427, a z tych nie można było przyjąć dla braku funduszów i miejsca 266!) przez 6.348 dni; koszta wynosiły 9.871·60 kor., na inwestycye wydano 5.869·35 kor.

— Ze sprawozdania »Polskiego Związku niewiast katolickich« w Krakowie za rok 1909 dowiadujemy się m. i., że sekcya tego Związku dla kolonii wakacyjnych, wysłała na lato 24 dziewcząt, uczennic seminaryum nauczycielskiego, do Jaszczurowy i że w Schronisku dla sług, utrzymywanem przez Stowarzyszenie św. Zyty, istnieje szpitalik na 20 łóżek, w którym leczono 142 chore (lekarzem był Dr Wł. Murczyński).

— Rada miejska lwowska uchwaliła subwencyę 20.000 k. na budowę domu dla Towarzystwa lekarskiego lwowskiego.

— Honorowy doktorat weterynaryi nadała lwowska Aka-Ćwiklińskiemu, szefowi sekcyi w min. rolnictwa W. Zaleskiemu, demia weterynaryjna szefowi sekcyi w ministerstwie oświaty Dr radcy min. Kellemu i b. rektorowi Akademii weter. wiedeńskiej Prof. Bayerowi.

**Warszawa.** »Gazeta »lekarska« (Nr 13) donosi, że na zaproszenie Prof. Otta z Petersburga, wystosowane do Prof. Marsa we Lwowie, utworzony będzie komitet narodowy polski na międzynarodowym Zjeździe ginekologicznym w Petersburgu we wrześniu r. b. Grono ginekologów warszawskich, zwołane przez Dra J. Jaworskiego, wybrało prezesem komitetu Prof. Marsa i postawiło warunek, aby prezes komitetu polskiego był jednym z honorowych prezesów Zjazdu, oraz, by komitet polski miał prawa te same, jak inne komitety narodowe.

— Pogotowie ratunkowe warszawskie udzieliło w r. 1909 pomocy w 10.800 przypadkach (w Krakowie, jak podaliśmy w 4919, we Lwowie w 9217 przypadkach).

**Mianowani:** Prof. Martynow dyrektorem kliniki chir. w Moskwie (po Djakonowie), Prof. E. Wertheim dyrektorem II. kliniki położn. w Wiedniu (po Rosthornie), Prof. Krönig (z Fryburga) profesorem położnictwa w Berlinie, a Prof. Kehrer (z Heidelbergu) w Bernie; Prof. Dimmer z Grazu profesorem okulistyki w Wiedniu.

**Zmarli:**

Dr Wacław Houwalt.

Dnia 21. marca b. r. zakończył życie lekarz naczelny szpitala ziemskiego w Siebieżu (gub. witebskiej), Wacław Houwalt, rodak nasz, w wieku lat 32. Dr Houwalt, wychowaniec uniwersytetu moskiewskiego, odznaczał się wybitnemi zdolnościami i znacznem doświadczeniem lekarskiem, szczególniej na polu chirurgicznem. Pod względem charakteru cechowała Go nadzwyczajna obowiązkowość i troskliwość o zdrowie powierzonych Mu chorych. W całym szpitalu siebieskim pomimo rocznego zaledwie Jego pobytu, na każdym kroku znać ślady Jego działalności. Zginął jako ofiara obowiązku. Leczył w szpitalu chorą na dur osutkowy, od której się tą chorobą zaraził. Wysiłki kolegów, żeby Go uratować, nie doprowadziły do celu, i po dwu tygodniach cierpień ze słowami troski i dbałości o swych chorych życie zakończył.

Cześć pamięci bojownika i ofiary obowiązku!

Dr Bohuszewicz.

---

Dr Piotr Laskowski, weteran z roku 1863, w Węgrowcu w Poznańskiem, Dr Józef Swiątkowski, lekarz pułkowy, w 34 r. ż. we Lwowie, Dr Jan Głogowski w 56 r. ż. w Ostrowcu.

Fizyolog Prof. Pflüger w 81 r. ż. w Bonn.

**Redakcya otrzymała:** Rivière: Esquisses cliniques de physiotherapie. Paris, 1910, stron 316. fr. 7·50. — J. Piltz: Pilna sprawa sanitarna. Kraków, 1910 (dochód ze sprzedaży przeznaczony na koło krakowskie »Towarzystwa walki z gruźlicą«).

**Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w marcu 1910.**

*Gazeta lek.* Nr 10—13. Karwacki i Szokalski: O przechowywaniu w pijawkach krętków Obermeiera. — Wretowski: W sprawie rozpoznawania bakteryologicznego cholery. — Kino (dok.). — Wasilewski: O własnościach aglutynacyjnych surowicy chorych na gorączkę powrotną. — Kosz: Przypadek gangreny płuc po odrze. — Gałecki i Budzyński. O działaniu leczniczem »I K« C. Spenglera w gruźlicy płucnej. — Erlichówna: O metodzie barwikowej Gasisa w rozpoznawaniu bakteryologicznem gruźlicy.

*Medycyna i Kronika lek.* Nr 10—13. Bregman: Padaczka i stany pokrewne. — Brabander: Przyczynek do badań nad przemianą purynową w ustroju człowieka. — Orłowski: Statystyka szczepień ochronnych przeciw wściekliźnie w r. 1907. — Janowski Wł.: Elektrokardyografia. — Karasiówna: O reakcyi Cammidgea. — Simon: O ostrodze kości piętowej jako przyczynie bolu w pięcie.

*Tygodnik lek.* Nr 9—12. Ehrlich H.: Przyczynek do próby Wassermanna. — Falgowski (c. d.). — Slęk (dok.). — Kaufman M.: Witalizm i mechanizm. — Szumowski: Uwagi J. P. Franka o organizacyi szpitala powszechnego we Lwowie. — Marischler: Trzustka pod względem klinicznym. — Popielski: O wpływie alkoholu na czynność wydzielniczą gruczołów żołądkowych. — Czarnik: Wpływ pobytu w Rymanowie na dzieci skrofuliczne. — Z. Tomaszewski: O badaniu żołądka zapomocą promieni Röntgena. — Bednarski: Przypadek ospicy krowiankowej powiek.

*Nowiny lek.* Nr 3. Herman (c. d.). — Stanisław Szuman (dok.). — Bychowski (dok.). — Klęsk: Czy lekarz robi dobrze, odmawiając wszelkiej porady w przypadku, w którym z powodu oporu pacyenta nie może przeprowadzić kuracyi wedle własnego przekonania? — W. Chodźko: Szóste (za rok 1908) sprawozdanie roczne z czynności Szpitala dla umysłowo i nerwowo chorych »Kochanówka« (pod Łodzią). — Bylicki: Ś. p. Prof. Adam Czyżewicz. — Józef Bieliński (c. d.).

*Przegląd pedyatryczny* Tom III. Zesz. I. Chlumsky: Leczenie nawykowego skrzywienia kręgosłupa. — Michałowicz: O mylnem rozpoznawaniu dławca u dzieci z gruźlicą gruczołów płucnych i kręgosłupa. — Kramsztyk: Wyniki skórnego szczepienia tuberkuliny u dzieci. — Raczyński: Otwarcie nowej kliniki pedyatrycznej we Lwowie. — Progulski: Zadanie kliniki dziecięcej i opis kliniki lwowskiej. — Z. Prechner: Przymiot wrodzony (dziedziczny) w świetle najnowszych badań.

*Postęp okul.* Nr 2. Rosenhauch: Promienica rogówki. — Żurkowski: Przypadek hydrops sacci lacrymalis bilateralis congenitus.

*Gruźlica* Nr 8. Lubliner: Gruźlica a ciąża. — Svoboda-Wolska: Walka z gruźlicą w Czechach.

*Przegląd chirurgiczny i ginekolog.* Z. II. Wertheim: Ś. p. Adam Karczewski. — Goldberg: O nakłuciu kuprowem. — Biesiekierski: Cierpienia łąkotek stawu kolanowego urazowego pochodzenia. — Weisberg-Biszofswerderowa: O zarośnięciu pochwy.

*Przegląd chorób skórn. i wen.* Nr 10—12 (1909). Chybczyński: Rad, jego własności i zastosowanie w medycynie. — S. Mutermilch: Poglądy teoretyczne na istoty odczynu Wassermanna.

*Kronika dent.* Nr 3. Gelbard: Rzut oka na współczesny rozwój zębolecznictwa. Dwa przypadki z praktyki.

*Zdrowie.* Nr 3. Bier: O organizacyi nadzoru nad żywnością. — Bojarska: Ruch trzeźwości wśród ludu w Królestwie Polskiem. — Rutkowski: Co moglibyśmy zrobić dla poprawienia stanu zdrowotnego naszych wsi i osad.

*Przegląd higien.* Nr 3. Panek: Higiena budynków i urządzeń szkolnych.

*Głos lekarzy.* Nr 6. Mikołajski: Bezpłatne doniesienia lekarskie. — Pierwsza krajowa szkoła pielęgniarstwa we Lwowie. — Legieżyński: Opieka dentystyczna w szkołach miejskich. — G. Grzybowski: W sprawie organizacyi.

---

Redaktor odpowiedzialny:

**Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

---

**Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego** odbędzie się **we środę dn. 6. kwietnia 1910 o g. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym wykład Dra R. Spiry: »Choroby uszne a porażenie twarzy«.

---